ارادة التكوين
في الجنس البشري

تأليف
أ. اريان عبدالوهاب باجلان
علوم تربوية/ نفسية

دار الجنان للنشر والتوزيع

ارادة التكوين

في الجنس البشري

تأليف

أ.اريان عبد الوهاب باجلان

علوم تربوية / نفسية

الطبعة الأولى

2010

اسم الكتاب: ارادة التكوين في الجنس البشري

تأليف: أ.اريان عبد الوهاب قادر

إخراج وتدقيق: دار الجنان

00962795747460

الجنان للنشر والتوزيع

المركز الرئيسي(التوزيع - المكتبة)

00962796295457 - 00962795747460

0096264659891

ص. ب 927486 الرمز البريدي 11190 عمان

مكتب السودان

الخرطوم - بري - امتداد ناصر

هاتف 00249918064984

dar_jenan@yahoo.com e-mail:

بسم الله الرحمن الرحيم

((هو الذي خلقكم من نفس واحدة وجعل منها زوجها ليسكن اليها))

سورة الاعراف

الاهداء

الى امي وذكرى ابي..

الى اخوتي وزوجتي الغالية ..

الى اعز اصدقائي واحبابي وقرة عيوني

فقد علموني ان العبودية سبّة في جنين الفلسفة والفكر ، وان الانسان الحقيقي هو من يبحث عن الحقيقة في اعماق التراب لا في تهاويم السحاب .

المقدمة

كيف يمكن التفكير بالجنس البشري

حقيقة انا لم اكن ملما بالجنس البشري ولكن بعد ان تابعت هذا الموضوع من كثر الاسئلة والترددات التي شاهدتها من اصدقائي واخوتي في موضوع تاخير الحمل والجنس لديهم حاولت الدخول الى الانترنت ووجدتوا ان مواقع الانترنت اباحية وليست علمية الا القليل منها وقد اقتطفتوا هذه الجمل من احدى المواقع وكان قد الفت انتباهي ((مع دخول القرن الواحد والعشرين يقترب الجنس البشري من ستة مليارات. فإذا أردنا ضغط هذا الرقم إلى ألف إنسان وتحويل الكرة الأرضية إلى قرية صغيرة، فإننا سوف نفاجأ بطيف جميل للغاية من التنوع الإنساني، بين اللغات والأديان والأعراق والألوان والأعمار والجنس، وسنجد التباين بين المهن والاهتمامات والثقافات والحضارات. إن هذا الوجود الذي نعيش فيه يدعو للتأمل والخشوع فبقدر ما هو بسيط بقدر ما هو معقد. وبقدر ما هو منوع بقدر ما هو موحد. فالضوء الذي نراه في غاية البساطة، ويتعامل معه الإنسان في كل لحظة، استطاع العالم الفيزيائي اسحق نيوتن أن يكتشف أن طبيعته ليست موحدة بل هي مزيج من ألوان شتى. ونقلنا هذا الفهم إلى إدراك الكون على أن كل ظاهرة تضم طيفاً من العناصر. ولا يخرج الجنس البشري عن هذه الحقيقة. وهذا يعني أن عيوننا تبصر ولا تبصر. فهي تخطئ أكثر من مرة وهي ترى مزيجاً من الألوان يظهر بشكل أبيض. وهي لا ترى الا في حيز بعينه وهو شق بسيط بين أمواج لا تنتهي من قبل ومن بعد. وهنا حصل ما يشبه التناقض في تفكير الناس في تلك الأيام. وهو أن الكون الذي نبصره ليس كل الكون بل إننا نسبح بين عالمي الغيب والشهادة. فلا أقسم بما تبصرون وما لا تبصرون)).

البحث في منشأ الجنس البشري شغل العلماء والباحثين من خلال الاكتشافات والنظريات وعمليات التنقيب على مدار عشرات السنين في العديد من مناطق العالم للإجابة عن الكثير من التساؤلات ما زالت تشغل الانسان ولم يستطع الاجابة عن الكثيرمنها والتي ما زالت مجرد نظريات والبعض منها حسم في تقييمها والتأكيد من صحتها.والأذن البشرية تميز اهتزاز الصور الذي يتراوح بين 16 ــ 20000 هزة في الثانية، فإذا زاد أو نقص لم تسمعه. وتبلغ حساسية الأذن درجة أن تميز بين صوت وصوت فيما لو اختلف بثلاث هزات في الثانية، وبذلك تميز الاذن البشرية ما بين 34ألف لحن مختلف.

لقد تقدم العلم كثيرا ووصل إلى درجات ربما بلغت افاقا من البعد والخيال الخصب ولقــد أثــرت أبداعات العلماء وأبحاثهم في علم الإنسان مكنونه وظاهره داخله وخارجه الكثير الكثير ولكــن هناك علم عظيم أود طرحه بين أيديكم أيها الاحباب لتصوري بأنه قد يصل بنا إلى نتيجه خياليه نكتشف بها أعماق وتفاصيل وأسرار التكوين الإنساني وطبا ذلــك العلــم هــو علــم الطبــاع (carectrologe)وهو علم يستدل بالأحوال الظاهره للأنسان لنصل بها إلى سبر أغوار نفســه وطبعــه والصــفات التــي يحملهــا ســواء ظــاهر ه أم مكنونــه وأثــرت البيئــه عليهــا . الكثير والكثير من الأبحاث والأفكار طرحتها وحاولت تطبيقها على بعض الأمــور فــي حياتنــا اليوميه لكي نصل إلى نتيجه مثاليه فوجدت الزواج مثلا مجالا خصب قد يروى ويسهم في نجاح هذه الفرضيات.

ومن كل هذا الكلام والتفاصيل البسيطة حيث لا يسعني الا ان اقول لكم تمنيت ان اجمــع اكبــر مجموعة من المعلومات من الكتب العلمية ومواقع الانترنت والبحوث والدراسات مــن الاقســام العلمية والانسانية في الجنس واتمنى ان ينال رضاكم واعجابكم وارجو من كافة المؤلفين الذين نقلت كلامهم نصا ان يسمحوا لي فقط للنشر عن ما لديهم من معلومات وبدون أي تغيير بعونه تعالى .

الفصل الأول

الجنس والحياة النفسية والعقلية

الجنس والحياة النفسية والعقلية

هنالك آراء وافتراضات عديدة حول موضوع العلاقة بين حياتنا الجنسية وحياتنا النفسية والعقلية واثر الواحد منهما على الأخر ، ويتضح للمتتبع لهذا الموضوع وجود تطرف وتباين في هذه الآراء والى حد التعارض . فهنالك مثلا من ينظر إلى حياتنا الجنسية بأنها غريزة حيوانية ولا أهمية لها في حياتنا الإنسانية ، وهنالك على عكس ذلك من يعطي الحياة الجنسية أهمية قصوى في الحياة الإنسانية والى الحد الذي ينفي فيه إمكانية الوصول إلى نمو نفسي صحيح بدون مشاركة نمو مماثل لحياتنا الجنسية . وبين هذين الاتجاهين المتباعدين فان هنالك آراء أخرى تقوم على أساس الملاحظة والتجربة والوقائع الفعلية ، وكلها تؤيد الاستنتاج بان الرابطة وثيقة بين حياتنا الجنسية وبين حياتنا النفسية والعقلية في حالات الصحة وحالات المرض على حد سواء ، وبان هنالك تأثيرا متبادلا للواحدة منهما على الأخرى وان كان هنالك بعض الاختلاف حول تفسير طبيعة هذه العلاقة وكيفية فعلها وحجم هذا الفعل . ولعل من المفيد ان نستعرض بعض الآراء الواردة في الموضوع والتي تمتد منذ الحضارات القديمة وحتى الآن ، مما يبين اهتمام الإنسان المتواصل بأمر هذه العلاقة ويؤكد أهميتها في حياة الإنسان .

لعل جالينوس ، الطبيب الروماني الشهير في القرن الثاني بعد الميلاد ، كان أول طبيب تناول العلاقة بين النفس وبين الجنس ، فقد جاء بالملاحظة بان احتباس مني الرجل ، وتأخر الأنثى في حيضها كلاهما يساهمان في خلق حالة من عدم الاتزان في الحياة النفسية للذكر أو الأنثى والى ظهور القلق في كل منهما ، كما لاحظ وجود علاقة بين ظهور اعراض المرض الهستيري وبين تعذر العلاقة الجنسية ، وهي الملاحظة التي كانت سائدة في زمن ابقراط من ان جفاف الرحم بسبب امتناع العلاقة الجنسية يدفع الرحم إلى التنقل من مكانه إلى أعضاء الجسم وإطرافه بحثا عن الرطوبة . وبذلك تحدث الأعراض الهستيرية المتنقلة والتي تعانيها الأنثى فقط . وأخيرا فان جالينوس أدرك الفائدة العلاجية التي تصيب المريض سواء بممارسة العلائق الجنسية أو بالاستمناء وهي الممارسة التي تؤدي إلى إزالة التوتر في نظره . وفي حضارات أخرى قديمة بما فيها الحضارة الهندية والصينية . اعتبر مني الذكر مادة حيوية

وثمينة وذات علاقة ليس فقط بالقوة والنشاط الجسمي بل بالقوة والنشاط العقلي ، ولهذا اقتضى عدم هدر وتبذير هذه المادة والإسراف في صرفها ، وبسبب ذلك فان حضارات عديدة قد أدانت ممارسة العادة السرية . ومن الذين ابدوا رايا حازما بإدانة الإسراف الجنسي وأثره على الحيوية والحياة النفسية والعقلية هو الطبيب العربي الرازي . فقد جاء في كتابه المسمى بالطب الروماني بأن ايثار اللذة في الجماع له ان((يضعف البصر ويهد البدن ويخلقه ويسرع بالشيخوخة والهرم والذبول ويضر بالدماغ والعصب ، ويسقط القوة ويوقعها .. ولذلك ينبغي للعاقل ان يزم نفسه عنه ويمنعها منه ويجاهدها على ذلك لئلا تغرى به وتضرى عليه)) وقوله ايضا في هذه اللذة بأنها ((فاما البدن ، فانه كلما ازداد استهتارا باللذات المحسوسة وانهماكا فيها ، ادت لذاته بالقوة البهيمية التي في الإنسان ، وبعدته من تمام طبعه وشرائط انسانيته)) وهكذا فان الرازي يجد في الجنس ولذاته ما يمثل غلبة الغريزية الحيوانية على النواحي الإنسانية في حياة الإنسان . وفي عصرنا هذا فان هنالك الكثير من الآراء التي تؤكد على أهمية النواحي الجنسية وتاثيرها على الشخصية والسلوك الطبيعي منه وغير الطبيعي ، وعلى الحياة النفسية والصحة العقلية ، وهنالك الكثير من البيانات التي تفيد بان الحياة الجنسية تضطرب بنتيجة اضطراب الحياة النفسية والعقلية ، وبان النشاط الجنسي يمكن له ان يقدم وان يعيق من حظ هذه الامراض في الشفاء . وهنالك بيانات أخرى بان اضطراب الحياة الجنسية والعطل الجنسي من نوع أو آخر لها ان تؤدي في بعض الناس إلى اضطرابات نفسية عاطفية أو سلوكية .

ان هنالك القليلين في هذا العصر ممن يذهبون إلى الحد الذي ذهب فرويد في إعطاء الأهمية المطلقة للجنس في تكوين البناء النفسي للإنسان ، وقد هنالك اليوم من يأخذ بعقيدة المدرسة التحليلية الفرويدية على علاتها من ان الصراعات النفسية الناجمة عن الرغبات الجنسية والتي لم تحل في حينها ، فانها تؤثر في النمو النفسي الجنسي لصاحبها ، وبان لذلك التاثير ان يؤدي إلى النهي الجنسي (العطل) أو الانحراف الجنسي والى إمكانية قيام المرض النفسي . ومن الآراء الواردة في هذا العصر الرأي بأنه يحتم على الفرد ان يسيطر على دوافعه الجنسية في فترة المراهقة ، وإلا فان لفقدان هذه السيطرة أو تؤثر على صحته العقلية ومن الآراء التي تتناقض مع الرأي بأهمية الجنس في حياتنا النفسية ، رأي ماسرمان

Masserman (1966) ورأي هنت **Hunt (1965)** فالأول بينما يقر بان السلوك الجنسي يحفز بالحاجات الفيزولوجية ، إلا انه لا يجد أهمية في الرغبة الجنسية في حد ذاتها ، ذلك لان هذه الرغبة طارئة ودورية وعابرة وبالامكان الاستغناء عنها . اما الثاني ، فانه يرى بان السلوك لا يحفز بالحاجات الفيزيولوجية الجنسية ، وبأنه لا توجد علاقة بين العاطفة وبين حياتنا الجنسية . وبتضارب هذه الآراء عن العلاقة بين الجنس وبين النفس ، فان هنالك بينات تعطى لإسناد وجهة نظر أو أخرى مضاربة له . فهنالك بينات من ان الكثيرين من الناس يتمتعون بحياة جنسية طبيعية ، بينما هم يعانون من امراض نفسية أو عقلية ، وهنالك بيانات معاكسة تظهر بان نسبة المصابين بمرض نفسي أو اضطراب عاطفي أو عقلي هي اكثر بكثير من المعتاد أو اولئك الذين يعانون من انحرافات جنسية .

ومن الآراء التي تؤكد العلاقة بين الجنس وبين النواحي النفسية والعصبية والعقلية في حياة الفرد ، خاصة في حالات الإسراف في هدر الطاقة الجنسية ، ما رآه هرمان بويرهافي **Boerhaave (1668-1738)** بان الإسراف الأهوج في المني يؤدي إلى النحول والوهن وضعف الحركة ، والى حدوث النوبات العصبية والضمور الجسمي والى إضعاف الأحاسيس وألم الأغشية الدماغية . اما فردريك هوفمان **(1960-1742)** فقد رأى بان الاستسلام لعادة الاستمناء يؤدي إلى ضعف الذاكرة بسبب إجهاد الجهاز ، العصبي . ورأى جون براون **(1753-1788)** بان التماس المتبادل بين الجنسين كالذي يحدث في التقبيل أو في وجود الجنسين معاً ((فانه يعطي قوة دافعة للأعصاب ، اما الجماع في حد ذاته فمع انه يعطي راحة مؤقتة ، إلا انه يمكن له ان يطلق طاقة عاتية اذا ما أسرف فيها فان لها ان تسبب المتاعب . ومن آراء تيسوت **Tissot (1722-1776)** ان الإسراف الجنسي يؤدي إلى ضباب الفكر وحتى إلى حالة في بعض الناس ، كما يؤدي إلى انحلال القوى الجسمية والى إضعاف المقدرة على التخصيب ، والى العنة والقذف المبكر وغيرهما من انواع العطل الجنسي

وفي القرن التاسع عشر بصفة خاصة اتجه الاهتمام إلى بحث الحياة الجنسية بجانبيها البايولوجي والنفسي ، وكان مول **Moll** وفليس **Fliess** وكرافت ابنج **Kraft-Ebing** وهافلوك أليس ، وأخيرا فرويد ، اهم المعنيين بدراسة هذه الحياة . وقد استطاع فرويد ان

يوحد بين مختلف الاتجاهات والآراء لمعاصريه ، وان يربط بين الحياة الجنسية وبين الحياة النفسية ، وجاء هذا الرابط عن طريقين ، اولهما الربط بين الجنس وبين النفس في نمو الشخصية من الطفولة حتى الرشد ، واصطلح لذلك الربط مصطلح النمو الجنسي النفسي Psychosexual Development ، اما الاتجاه الثاني فهو يتضح من محاولات فرويد استغلال باثولوجية (مرض) الجنس لتفسير باثولوجية النفس (السايكوباثولوجي) . وقد جاءت مع هذا الربط نظريات فرويد المختلفة الجنسية الطفولية، وادوار النمو النفسي الجنسي ومركب اوديبوس ، والصراع النفسي ، والكبت وما يترتب على ذلك من حالات نفسية .بالنظر لتعدد العوامل المؤثرة في تكوين كل من الحياة النفسية والحياة الجنسية للفرد ، فان من الصعب تقرير اسس العلاقة التي تربط بينهما ، وكل ما يمكن بيانه عن هذه العلاقة هو ملاحظة نتائج فعل الواحد منها على الآخر . وفي ملاحظة هذه النتائج يجب الانتباه إلى ان ما نلاحظه من هذه النتائج ما هو إلا من فعل عوامل اساسية تقرر الاضطراب في كل من المجال النفسي والجنسي ن وليس بنتيجة فعل واحد منهما على الآخر .

اثر الاضطرابات النفسية والعصبية والعقلية على الجنس

يمكن القول بصورة عامة ان الاضطرابات الجنسية من عطل أو انحراف هي اكثر وقوعا في الذين يعانون من الاضطرابات النفسية والعصبية والعقلية منها في الناس من غير المرضى ، غير ان هذا لا يعني بالضرورة توقع الاضطراب الجنسي في كل حالة مرضية ، أو في كل مريض يصاب في هذه الحالة ، مما يدلل على ان هذه الاضطرابات والإمراض النفسية والعقلية ليست وحدها التي تقرر حصيلة الفعالية الجنسية . ومن الملاحظات السريرية في هذا الموضوع ما يلي :

1- ان الامراض العقلية العضوية كخرف الشيخوخة، وتصلب الشرايين والكآبة العضوية، فانها ترتبط بصورة اكبر بالضعف الجنسي وضعف الحافز من ارتباطها بالانحرافات الجنسية .

2- لوحظت العنة أو الضعف الجنسي في حالات الصرع النفسي الحركي السايكوموتور ، كما لوحظت الانحرافات الجنسية بصورة اكثر وقوعا في الآفات العضوية التي تصيب المنطقة الصدغية من الدماغ .

3 - ان للشدة على الرأس ان تؤثر على الحالة الجنسية ، واكثر ما يحدث ذلك اذا ما كانت الشدة على الجبهة الامامية للرأس ، فاصابة الدماغ في مقدمته تؤدي إلى زيادة في الدافع الجنسي ، كما تكثر حالات العنف اثناء العلاقة الجنسية .

هذا وقد يصاب المريض بحالة من العطل الجنسي كجزء من النتائج النفسية والجنسية للشدة على الرأس ، وما يلاحظ في الشدة على الرأس يلاحظ ايضا في العمليات الجراحية على مقدمة الدماغ ، اذ ينجم عن ذلك عنف وآنية الدافع الجنسي كجزء من النتائج النفسية والجنسية للشدة على الرأس ، وما يلاحظ في الشدة على الرأس يلاحظ ايضا في العمليات الجراحية على مقدمة الدماغ ، اذ ينجم عن ذلك عنف وآنية الدافع الجنسي وفقدان السيطرة وخلو المريض من الشعور بالأثم أو الندامة أو الاستحياء أو الارتباك من تبذله الجنسي ومن ممارسته للعنف في اثناء ذلك .

4 - في الاضطرابات العاطفية (المزاجية) يحدث التأثير تبعا لطبيعة المزاج ، ففي الكآبة الذاتية يحدث نقص أو حتى زوال الرغبة الجنسية وقد يكون رجوع هذه الرغبة أول الدلائل على بدائل الشفاء وزوال الكآبة، وفي المانيا الكآبية فيكثرحدوث العنة والوهن الجنسي، وبعض ذلك ناجم عن التعب الجسمي العام الناجم عن الحركة الدائبة في الدور الهياجي للمرض اما في المانيا الخفيفة (الهايبومانيا) فان المريض يبدي اهتماما والحاحا زائدا في النواحي الجنسية ، غير ان ذلك لا يقترن بالضرورة بفعالية انشط . اما في الكآبة العقلية فان التكيف الجنسي للمريض فهو اقل من الطبيعي .

5- في مرض الشيزوفرينيا ، تظهر عدة احتمالات من الاضطراب الجنسي ، وعلى العموم فان العلاقة الجنسية لمريض الشيزوفرينيا هي علاقة تبدو منفصلة عن اعتبارات المشاركة والشريك الجنسي ، غير ان المريض قد يمارس العنف السادي أو الانحراف الجنسي .

وافادت بعض الدراسات بوجود زيادة في النشاط الجنسي في الادوار الاولى من المرض ويفسر ذلك بأنه نتيجة لغياب عوامل النهي عند المريض . كما لوحظ ايضا كثرة مظاهر الفعالية الجنسية الذاتية ، كالاستمناء ، في مرض الشيزوفرينيا ، ويفسر ذلك بأنه مظهر من مظاهر نكوص المريض إلى دور سابق من ادوار نموه النفسي الجنسي . وتفيد الدراسات بأنه الضعف الجنسي هو اكثر الأعراض الجنسية حدوثا في حالات الشيزوفرينيا.

6 - حالات التخلف العقلي كثيرا ما تظهر تناسبا عكسيا بين النمو الجسمي والجنسي وبين درجة التخلف. وعلى العموم فان حالات التخلف الشديدة أو المفرطة لا تقوم بعلاقة جنسية مع الجنس الأخر ، والسلوك الجنسي الغالب في امثال هؤلاء هو الاستمناء الذاتي أو المتبادل.وفي الحالات الاقل شدة من التخلف فان المتخلف يقوم بعلاقة جنسية طبيعية،غير ان سلوكه الجنسي على العموم يتصف بالمظاهر السلوكية الجنسية للاطفال كالجنسية المثلية . وهنالك ايضا ميل إلى ممارسة الجنسية الحيوانية مع الحيوانات الاليفة وخاصة في المناطق الريفية . كما تكثر حالات الاستعراضية .

7 - هنالك بعض الارتباط بين انماط معينة من الشخصية وبين السلوك الجنسي . ومن الانماط التي يظهر فيها مثل هذا الارتباط الشخصية الهستيرية ، والشخصية السايكوبائية والشخصية غير المتزنة عاطفيا . فذو الشخصية الهستيرية يظهرون صراعا بين دوافعهم الجنسية وبين سلوكهم ، وهذا الصراع ينعكس ليس فقط في عدم نضوجهم الجنسي بما يتناسب مع عمرهم ، وانما ينعكس ايضا في نوعية ودرجة استجاباتهم الفيزيولوجية للاثارات الجنسية وغير الجنسية ، اما اصحاب الشخصية السايكوباتية فانهم يبدون زيادة في النشاط الجنسي وفي الاهتمام بالامور الجنسية ، وهذا يظهر في الاناث اكثر مما يظهر في الذكور . كما انه اكثر وضوحا منه في اصحاب الشخصية السايكوباتية اللااجتماعية – أو المضادة للمجتمع ، كما ان هنالك نسبة عالية من الافراد الذين هم من اصحاب الشخصية السايكوباتية والذين قاموا بارتكاب جرائم جنسية أو بالاتجاه نحو انحرافات جنسية ترتبط عادة مع انحرافات سلوكية أخرى . اما ذوو الشخصية غير المتوازنة

عاطفيا ، وخاصة في الاناث ، فانهني عانين من مشاكل الحياة الجنسية اضافة إلى الالحاح الجنسي المبكر.

8 - وفي حالات القلق النفسي ، وجد الباحثون بان حالة القلق كثيرا ما ترتبط بقدر من العنة ،وبنقص في الحرارة في العلاقات الجنسية ، كما وجدوا بان القلق والخوف والعداء كلها تؤدي إلى اضطراب جنسي في الكثير من الحالات .

ان هذه الملاحظات عن وجود ارتباط بين اضطرابات الشخصية والاضطرابات النفسية والعقلية ، وبين الحياة الجنسية ، يقابلها من جانب آخر دراسات سريرية ومقارنة تبين عدم وجود فروق هامة في الحياة الجنسية بين الفرد الصحيح والفرد المضظرب في شخصيته ونفسيته وعقله . وقد يكون من الصعب التوفيق بين هذين الموقفين ، غير ان معظم الفحوص النفسية التي طبقت في دراسة الذين يعانون من سلوك جنسي مضطرب قد افادت بان هنالك مظاهر من الاضطراب النفسي أو في الاقل ورود عوامل من المصاعب العاطفية فأولاك الذين يعانون من مشاكل جنسية .

اثر الاضطرابات الجنسية على الحياة النفسية والعقلية

قد يكون من الصعب التقرير في ايهما البادئ في الاضطراب : الجنس أو النفس ، فما يبدو انه السبب قد يكون النتيجة والعكس بالعكس . كما يقتضي ان نأخذ بعين المرعاة ان ظهور الاضطراب في المجالين الجنسي أو النفسي ، لا يعني بالضرورة ان الواحد منهما هو السبب في الآخر ، فقد يكون الاثنان معا نتيجة لعامل واحد مقرر لاضطرابهما معا. ولهذه الاسباب فان من المتعذر في الكثير من الاحيان تحديد اثر حياتنا الجنسية على حياتنا العقلية . ان اهم الآثار النفسية التي تتأتى من كبت الطاقة الجنسية هي ما افترضه فرويد من ان هذا الكبت يؤدي إلى نشوء حالة القلق وما تفرع عنها من اضطراب في الحياة النفسية والجسمية للفرد . ومن متعلقات هذا الافتراض ان احتباس الطاقة الجنسية بسبب النهي أو الصراعات أو صعوبة الاستثارة أو احباط الافتراض ان احتباس الطاقة الجنسية بسبب النهي أو الصراعات أو صعوبة الاستثارة أو احباط الإثارة الجنسية ، أو الجماع المتقطع ، أو الامتناع وغيرها من

الحالات التي تعوق إطلاق الطاقة الجنسية اوالتفريغ الجنسي ، فان ذلك قد يؤدي إلى قيام اضطراب في مجال الحياة النفسية وظهوراضطرابات فيزيولوجية جسمية.ومن هذه الاضطرابات النفسية الانفعال والقلق والارق ، والانفعالات الهستيرية والنحول العصبي ، والاتجاهات السايكوباثية المضادة للمجتمع . واذا كان لاحتباس الطاقة الجنسية لسبب أو آخر مردودات على الحياة النفسية ، فان للإفراط في صرف هذه الطاقة سواء بصورة طبيعية أو بصورة منحرفة وغير طبيعية مردودات أخرى . فالإفراط الطبيعي قد يؤدي إلى إجهاد جسمي وعصبي مما يقلل من كفاءة الفرد في هاتين الناحيتين ، اما الانحراف الجنسي ، فقد يزيد أو ان يعقد من الاضطرابات النفسية ان وجدت من الأساس ، ذلك ان الانحراف قد يؤدي إلى عزلة الفرد عن المجتمع والى زيادة القلق تحسبا لانكشاف الانحراف ، وقد يؤدي ذلك إلى قيام حالات الكآبة والإدمان .

وفي هذا العرض المختصر للعلاقة المتبادلة بين الجنس والنفس يتضح لنا ان الحياة الجنسية للفرد متداخلة ومتفاعلة مع حياته النفسية والى الحد الذي لا نستطيع فيه إغفال العلاقة بينهما وإمكانية تأثير الواحد منهما على الأخر . وحتى في الحالات التي يبدو فيها عدم ظهور هذه العلاقة ، فان ذلك يجب ان يدرك على خلفية من ان طرق التعبير عن حياتنا الجنسية عديدة ومختلفة ، منها ما هو مباشر وواقعي ، ومنها ما هو غير مباشر في الخيال أو الرمز أو السلوك ، ومثل ذلك في حياتنا النفسية التي نعبر عنها بطرق مماثلة سواء كانت مباشرة أو غير مباشرة واعية أو غير واعية . ولهذا فان الإمعان في محاولة إيجاد أقصى قد ممكن من الصلة بين الحياة الجنسية والحياة النفسية هو أمر لازم في كل حالة من الاضطراب في المجالين ، ولعلنا حتى مع أعمق وابعد هذه المحاولات ، ربما لا نصل إلى الإحاطة الكاملة بهذه الصلة ، وسنظل بذلك جاهلين للكثير من أوجهها وأبعادها وآثارها على كل من الجنس والنفس.

الفصل الثاني

علاج الاضطرابات الجنسية

علاج الاضطرابات الجنسية

ربما كانت الاضطرابات الجنسية من اهم ما يعنى به معظم المصابين بها في حياتهم ، ولعل لها من الاولوية في اهتماماتهم ماليس لاي موضوع او حدث آخر في حياتهم ، وليس من العسير تفهم ذلك ، ليس فقط بالنظر لما للناحية الجنسية من مكانة في حياة كل انسان ، وانما ايضا لارتباط هذه الناحية بطبيعة العلاقات التي تربط الفرد بشريكه الجنسي ، وما يترتب على هذه العلاقات من توافق او عدمه ، ومن كفاءة او عدمها ، ولكل ذلك ان يؤثر الى حدود بعيدة في الوضع العائلي والاجتماعي للفرد المعني او شريكه . والاهتمام بالاضطرابات الجنسية وعلاجها ليس بالشيء الجديد، فطالما سعى الانسان قديما وحديثا لضمان المستوى الملائم لقابلياته الجنسية ، او لضمان الحد الادنى والمقبول من هذه القابليات . وقد جاء معظم الاهتمام من جانب الذكر الذي عد نفسه المعطي والفاعل في العلاقة الجنسية ، وعد نجاحه او فشله المقرر الوحيد لهذه العلاقة بصرف النظر عن شعور شريكه الجنسية بنجاح او فشل هذه العلاقة ولا عجب لذلك ان يتركز الاهتمام على علاج ما يعانيه الذكر من اضطراب او عطل في حياته الجنسية . وقد نجم عن هذا التركيز والاهتمام ظهور طرق علاجية عديدة من نفسية او عقاقيرية ، ولعل الانسان القديم و الحديث لم يترك بابا الا طرقه ، او وسيلة الا اتبعها لتجاوز عطله الجنسي. وتراوحت وسائل علاجه من طقوس السحر والايحاء الى العقاقير والخلاصات الهرمونية ، الى وسائل الاثارة الجنسية بانواعها . ومعظم الذين سعوا للعلاج في الماضي لجأوا الى خارج المجال الطبي لمساعدتهم على التغلب على مشاكلهم الجنسية ، وكأنهم بذلك كانوا يفسرون العطل الجنسي على اسس غير طبية .غير ان الذي حدث في هذا القرن قد اقحم الحياة الجنسية في صميم المجال الطبي ، وذلك عن طريق تطور النظرة الى الامور النفسية في المجال الطبي ، والاقرار بان الحياة الجنسية تمثل نقطة الارتكاز في نمو الحياة النفسية للفرد . وبنتيجة ذلك وضعت حياتنا الجنسية في مركز الاهتمام من زوايا متعددة منها ماهو بايولوجي ومنها ما هو نفسي ومنها ما هو اجتماعي ، وقد تمخض عن ذلك الكثير من التقدم في فهم الحياة الجنسية للفرد من جوانبها المختلفة ، وكان لهذا الفهم اثره في توجيه البحث والاختيار عن افضل الوسائل لعلاج الحالات المرضية المختلفة التي يعانيها المرضى في حياتهم الجنسية. وقد يتبادر للذهن ان التقدم في هذه النواحي قد جعل من الميسور علاج هذه الحالات

المرضية،غير ان الواقع ما زال بعيدا عن تأكيد هذا الانطباع ، اذ ما زالت معظم الحالات المرضية تمثل تحديا بالنسبة للطب . ولعل ذلك يعود الى ان الوسائل العلاجية الحديثة تتطلب من الوقت والتقنية والتفرغ من الاطباء مما لا يسهل الحصول عليه . وبهذا يدفع المرضى بوسائل علاجية سريعة ودوائية قليلة الجدوى والنفع ، وهو الأمر الذي يدركه تماما العديد من المرضى الذين ينتقلون من وصفة دوائية إلى اخرى بدون تغيير ملموس او دائم في اوضاعهم الجنسية .

ومع التقدم الحديث في الاساليب والتقنيات العلاجية . الا ان فائدة هذه الطرق تختلف بين فئة او اخرى من فئات العطل الجنسي . وعلى العموم فان الفئات المرضية الاكثر سهولة للعلاج واستجابة له ، هي حالات تشنج الفرج وحالات القذف المبكر ، اما الحالات الاقل سهولة فهي حالات انعدام الذروة الاساسي في الأنثى (الأنثى التي لم تحصل على الذروة مطلقا وفي اي موقف من مواقف الاثارة الجنسية) وحالات تأخر القذف وحالات العنة الثانوية (العنة التي تحدث احيانا) . اما الحالات التي يصعب علاجها ، فهي حالات العنة الاساسية (العنة القائمة منذ البداية) ، وحالات تعذر الذروة الثانوية (الأنثى تحصل على الذروة باثارة البظر يدويا بينما لا تستطيع الحصول عليها بنتيجة الجماع مع شريك جنسي) . واضافة إلى هذه الحالات فان حالات الانحراف الجنسي يصعب علاجها على العموم .

طرق العلاج الجنسي

الطرق العلاجية المستعملة عديدة ، ويمكن الجمع بين اكثر من طريقة في علاج المريض الواحد ، كما يمكن للطريقة الواحدة ان تفيد في اكثر من نوع من انواع الاضطراب او العطل الجنسي، واختيار الطريقة الملائمة يعتمد على المريض كما يعتمد على نوعية الاضطراب الجنسي والظروف التي يقوم فيها هذا الاضطراب وعلى طبيعة العلاقة التي تربطه بشريكه من جميع نواحيها .

1- العلاج بتقليل القلق

ان للقلق أثرا عظيما في قيام العطل الجنسي سواء كان القلق مرتبطا بالحياة الجنسية بشكل قديم ومزمن ويعود الى تجارب الطفولة او الحداثة ، اوكان قلقا طارئا وناشئا عن ظروف آنية في حياة الفرد . ولعل نسبة غير قليلة من العطل الجنسي تحدث بسبب القلق الطارئ كخوف الفرد مثلا من فشله الجنسي ، وهذا ما يحدث كثيرا في المجتمعات التقليدية التي تتطلب اثباتا لكفاءة الرجل الجنسية بعد الزواج مباشرة. وهو الامر الذي له ان يسبب قلقا للزوج يبدأ بمساورته قبل الزواج بزمن غير قصير ، ويحدث احيانا ان يكون القلق من اي مصدر ان سببا في تعطيل الكفاءة الجنسية ، كما ان الكثيرين من الناس يبدا قلقهم عند تعرضهم لتجربة جنسية فاشلة في نظرهم ، وهو الامر الذي يمكن له ان يكون فاتحة حالة مزمنة من القلق لها ان تؤثر في قابليتهم الجنسية . وجميع هذه الحالات يمكن ان تستجيب للوسائل العلاجية التي تهدف الى التقليل من القلق سواء كان ذلك باعطاء المهدئات المناسبة او بالتطمين ، او باعطاء الفرد مجال الاستراحة من العلاقة الجنسية والى ان ينحسر قلقه ،وتبتعد التجربة الفاشلة عن ذهنه قد يقتضي اللجوء الى هذه الاساليب كلها في الحالة الواحدة كما تفيد بذلك الخبرة في معالجة حالات العطل الجنسي او اول ايام العلاقة الزوجية .

2- العلاج النفسي

يفترض العلاج النفسي للقضايا الجنسية ان هذه المشاكل تنجم عن عوامل نفسية تؤثر في عمليات النمو النفسي الجنسي للفرد وتؤدي الى تعقيد هذا النمو ، وبالتالي الى قيام نوع او آخر من انواع العطل او الانحراف الجنسي ، كما يفترض هذا العلاج ان الحياة الجنسية لبعض الافراد قد تتأثر بعوامل نفسية طارئة تؤدي الى اضطراب مماثل فيمن يتمتعون اصلا بحياة جنسية طبيعية . وعلى اساس من هذا الافتراض فان المعالجين النفسيين يعتقدون بأن العلاج الصحيح والفعال للقضايا الجنسية هو العلاج النفسي . ومع ان هذه الافتراضات تبدو مقنعة والى الحد الذي يبشر بفائدة العلاج النفسي ، الا ان الخبرة العلمية في القضايا الجنسية لا تؤيد مثل هذه الآمال ، وخاصة في علاج الحالات الاساسية من الاضطراب الجنسي ، والتي ينمو ويشب الفرد عليها ، مثل حالات العنة الاساسية والتي عاناها صاحبها منذ بداية حياته

الجنسية. غير ان الامر لايبدو يائسا في الحالات الطارئة من الاضطراب الجنسي ، والتي تقترن بتجربة نفسية معينة وواضحة ، فمثل هذه الحالات تستجيب بشكل مرض لطرق العلاج النفسي وخاصة الطرق العلاجية القصيرة التي تستهدف اعطاء الاطمئنان والثقة للمريض . وهذه الطرق والتي تعد طرقا اسنادية من العلاج النفسي ، تقلل من قلق المريض بسبب عطله الجنسي ، وتحرر دوافعه واستجاباته الجنسية من فعل ما يقيدها او ينهي عنها ، وربما لا يقتضي الامر ضرورة قيام الطبيب بصرف هذا العلاج الاسنادي حتى النهاية ، ذلك ان الشريك الجنسي ، اذا ما تمتع بالصبر والحرص والمحبة فإنه يكون أفضل من يقوم بهذا الإسناد النفسي.

ومن الوسائل العلاجية النفسية المستعملة في حالات العطل الجنسي اسلوب الارشاد الجنسي ، ويمكن القيام به بشكل فردي ، او على الزوجين او الشريكين في العلاقة الجنسية او على شكل طريقة علاجية جماعيل تشمل عدة افراد او ازواج ممن يعانون من حالة مماثلة . والهدف من العلاج الارشادي ، وخاصة العلاج الذي يجمع بين الشريكين ، هو محاولة ازالة العقبات التي تكمن في العلاقة بينهما كالشعور بالعداء او عدم التوافق ، او الخوف من جانب او آخر ، والسعي بدلا من ذلك الى احلال حالة من التوازن والقبول بينهما بوصفهما شريكين متساويين في العملية الجنسية ويعملان معا من اجل انجاحها . وربما لا يكفي هذا الاسلوب العلاجي ، والذي يقتصر على التحليل والارشاد النفسي السطحي لمشاكل العطل الجنسي ، الى حل القضية الاساسية من العطل الجنسي ، ولهذا يقتضي في مثل هذه الحالات اللجوء الى خطوات ابعد من العلاج كالتي سنفصلها فيما بعد .

ان ارتباط الامور الجنسية بالامور النفسية خاصة منذ ميلاد علم النفس الحديث قبل مئة عام تقريبا ، قد شجع الاعتقاد ان العلاج النفسي التحليلي هو العلاج الامثل لحالات العطل الجنسي . وهنالك في الواقع تشبث عظيم من الذين يعانون من العلل الاساسية في العطل الجنسي كالعنة والانحراف للسعي وراء هذا العلاج كأمل اخير في علاجهم ، خاصة وان هذه الحالات تميل الى الازمان ، ولا تستجيب للطرق العلاجية الدوائية . ومع ان بعض المحللين النفسيين قد بينوا بعض الوقائع المرضية التي استجابت للعلاج التحليلي النفسي ، الا انه لا

تتوافر اية احصائيات في هذا الشأن يمكن الاعتماد عليها . واذا اضفنا لذلك الزمن الطويل الذي يتطلبه العلاج التحليلي ، وتكاليفه المرهقة للمريض ، فانه يكاد يكون من العبث محاولة هذا العلاج ، وإن كان الأمل والتشبث يسظلان يدفعان المريض نحو هذا الاسلوب العلاجي .

3- العلاج المادي

هنالك عدة وسائل مادية يمكن استعمالها علاجا لبعض الحالات الجنسية ، اما كعلاج في حد ذاته ، واما كعامل اضافي مساعد لوسائل علاجية اخرى من نفسية او سلوكية . والوسائل المادية في العلاج تشمل الهرمونات والعقاقير او ممارسة بعض التمارين او استعمال بعض الوسائط الميكانيكية التي تقلل من بعض مظاهر العطل الجنسي .

أ- الهرمونات

معظم الملاحظات العلاجية الحديثة تتفق في ان استعمال الاندروجينات الهرمونية هو قليل القيمة في علاج حالات العنة في الذكور، غير ان هنالك بعض الملاحظات الايجابية عن فائدتها في الكبار في السن . وقد تكون هذه الفائدة بسبب الفعل التمويهي للعلاج ، وقد يكون في التحسن العابر في الاستجابة الجنسية ما يؤثر في ثقة الفرد بنفسه ، وبالتالي الى شحذ قواه النفسية وادائه الجنسي .

ومع ان بعض الباحثين يرون فائدة من استعمال الهرمونات في الحالات التي يتضح فيها وجود نقص في مستوى هذه الهرمونات عند المريض ، الا ان هنالك من لا يجد فائدة منها حتى في هذه الحالات . والتجارب العلاجية المماثلة في استعمال هرمونات الاستروجين في الاناث ، لم تسفر عن نتائج ايجابية الا في علاج حالة ضمور الفرج المؤدي الى الم المواقعة غير ان استعمال هرمونات الاندروجين تزيد في الاثارة الجنسية للأنثى لانها تزيد من حساسية المناطق الجنسية وخاصة البظر . كما انها قد تزيد من حوافزها الجنسية .

ب- العقاقير

استعملت عبر العصور عقاقير ومستحضرات عديدة للاستعمال العام او الموضعي لغرض الاثارة الجنسية بما في ذلك الدافع والاداء . والمصطلح الذي يطلق على هذه المواد هو الافروديزيات **Aphrodisiacs** نسبة الى افروديت ربة الحسن والانوثة . غير ان ما من عقار او مستحضر واحد يمكن التأكد من فعله الاثاري المذكي للقابلية الجنسية . وهنالك اليوم عدة عقاقير مفردة او مركبة او مخلوطة ببعض المستحضرات الهرمونية ، وهي تتوافر باسماء تجارية متعددة . ومن هذه العقاقير والمستحضرات افروديكس والذي يتكون من هرمون ميثل تستسترون ، ونوكس فوميكا ، ويوهمبين . ومستحضر بوتنسان المركز ، والذي يتكون من هرمون التستسترون واليوهمبين وبيمولين والاستركنين ، وغيرها من المركبات المماثلة التي لم تثبت حتى الان نفعها الا ما يمكن ان يكون لها من اثر نفسي تمويهي . ومن العقاقير التي استرعت الانتباه والاهتمام في السنوات القليلة الماضية العقار المعروف بـــ بروموكربتين والذي يعرف بانه ينظم وظيفة الغدة النخامية ويساعد في نقل بعض الاثارات العصبية ، وبالنظر لما يعتقد من تأثير هذه المادة على مراكز استلام الدوبامين في الدماغ ، ولما يعتقد من ان الفعل الجنسي للذكور له علاقة بهذه المراكز، فقد ادى ذلك الى افتراض فائدة هذه المادة في علاج حالات العطل الجنسي عند الذكور وخاصة العنة ، هذا ولا تتوافر ادلة كافية عن فائدة هذه المادة علاجيا .

جـــ - التمارين والوسائط الميكانيكية

ان معظم التمارين التي توصف ، تهدف الى علاج بعض حالات ضعف الاستجابة الجنسية للأنثى ، فبعض الاناث تنقصهن الاستجابة بسبب ضعف العضلات الموضعية التي تساعد على تحسسهن بالاثارة الجنسية . وقد وضعت بعض التمارين التي تؤدي الى تقوية هذه العضلات، وبالتالي لتمكين الأنثى من الحصول على الإثارة اللازمة المؤدية للاستجابة والذروة. واهم هذه التمارين هي تلك التي اقترحها (كيجل **1952**) وطورها آنون **Annon(1974).** وتفيد بعض الدراسات بفائدة هذه التمارين في تحقيق الاغراض التي اشرنا اليها في الحياة الجنسية للأنثى .

اما الطرق الميكانيكية فمعظمها تهدف الى مساعدة الذكر في عطله الجنسي ، وهذه الوسائل تصحح من حالة الذبول للقضيب وتساعد على الانتصاب ميكانيكيا . وبعض هذه الوسائط تشمل استعمال مثير كهربائي يكون منشطا موضعيا للاستجابة الجنسية ويسمى هذا الجهاز (منشط بالكو Blakoe) غير ان ابحاث (كوبر Coober) (1974) اثبتت ان لا فائدة اضافية تتأتى من استعمال المثير الكهربائي . وهنالك غير هذه الوسائط وسائط جديدة منها زرع قصبة من السلكون في القضيب ، او زرع جهاز قابل للانتفاخ . ومن الوسائل الميكانيكية المستعملة الباس القضيب الذابل بقضيب صناعي من البلاستيك ، هذا ولا تتوافر دراسات عن جدوى مثل هذه الوسيلة بالنسبة لقناعة الفرد او شريكه الجنسي . ومع انه لا تتوافر حتى الآن معلومات يعتمد عليها في تقرير جدوى هذه الوسائل الميكانيكية وغيرها ، الا انه ليس هنالك ما يمنع استعمالها في حد ذاتها اوكجزء من منهاج علاجي متكامل ، على ان يتوافر القبول لها من الشريكين في العلاقة الجنسية .

4- الطرق السلوكية

الطرق العلاجية السلوكية هي طرق حديثة نسبيا في علاج الاضطرابات الجنسية ، ومعظم هذه الطرق مبنية على اساس نظريات التطبع . وبقدر تعلق هذه النظريات بالامور الجنسية فانها تقوم على اساس الافتراض بان بعض استجابات العطل الجنسي قد تكون مرتبطة باثارات جنسية معينة ، أو نتيجة ارتباط سابق بتجربة جنسية مجدية او مؤلمة . ولمثل هذا الارتباط اذا كان مجديا ان يشجع على قيام تطبع على ممارسة جنسية معينة ، واذا كان مؤلما بان يعطي تطبعا ناهيا عنها ، وهكذا يقوم الانحراف الجنسي في الحالة الاولى ، والعطل الجنسي من نوع او اخر في الحالة الثانية .وتبعا لهذا التصور لقيام حالات الانحراف والعطل الجنسي ، فان الطريقة المثلى لعلاجها تكمن في محاولة فك الارتباط القائم ، وذلك باتباع الاساليب المستعملة في العلاج السلوكي ، سواء تلك التي تهدف الى ازالة التطبع ، او تلك التي تهدف الى اقامة تطبع جديد ، وفي الحالتين فان الغرض من العلاج هو ازالة الموانع التي تعترض الاداء الطبيعي للعلاقة الجنسية ، وتشجيع الاثارات والاستجابات الجنسية الملائمة ، ولما كانت معظم الموانع التي تعترض الاداء الطبيعي هي موانع تنجم عن القلق ، فان الهدف الاول للعلاج

السلوكي هو التقليل من هذا القلق او ازالته ، وهذا يمهد الطريق لمتابعة الهدف الثاني من العلاج السلوكي وهو اقامة استجابات جنسية طبيعية ضمن العلاقات الجنسية .

ان الطرق العلاجية السلوكية وتقنياتها متعددة . ومعظم هذه الطرق تصلح للاستعمال في علاج القضايا الجنسية .وتصنف هذه الطرق في مجال العلاج الجنسي الى مجموعتين من الطرق ، الاولى تستعمل بشكل خاص لهدف التقليل من القلق والارهاق النفسي الذي يرتبط بالممارسة الجنسية ، والمجموعة الثانية تهدف الى تحسين الاستجابات الجنسية والمحافظة عليها وادامتها .

الطرق العلاجية السلوكية لتقليل القلق

تشمل هذه المجموعة عدة اساليب من التقنيات السلوكية اهمها (1) تدريب الاسترخاء (2) ازالة الحساسية (التبليد Desensitization) (3) الغمر Flooding. (4) وتوسيع الفرج Vaginal Dilatation .

1- تمارين الاسترخاء

العلاج بالاسترخاء يقوم على اساس ان الاضطراب الجنسي يحدث او يتعقد بسبب قيام حالة اساسية من القلق والتوتر ، وبأن بالامكان مساعدة المريض على التقليل من ذلك عن طريق تمارين للاسترخاء العضلي . ومعظم التمارين المستعملة لهذا الغرض تعتمد على اسلوب الاسترخاء الذي وضعه (جاكبسون Jacobson) (1938)، واختصره (ولب Wolpe) (1958) والاسلوب المتبع حاليا كما وصفه بيرنشتاين وبوركوفيك (1973) يتألف من عملية استرخاء متتالية تشمل تسعة عشرة مجموعة من العضلات الجسمية تبدأ بعضلات اليد والذراع في الجانب المتسلط من الجسم وتنتهي بعضلات القدم من الجانب غير المتسلط . وتشمل التمارين عملية التقلص العضلي ويليها عملية الاسترخاء . وتتكرر تمارين التوتر والاسترخاء الى ان يصل المريض الى الحد الذي يمكنه من ان يسترخي عميقا ومتزامنا مع سرعة تنفسه . ومتى استطاع المريض ذلك فانه في رأي الخبراء ، يصبح قادرا على استعمال هذه التمارين للتقليل من التوتر والقلق النفسي الذي يعانيه في المواقف الجنسية .

2- ازالة الحساسية (التبليد)

هذه الطريقة العلاجية مبنية على اسلوب العلاج السلوكي الذي اكتشفه ولب Wolpe والقائم على نظرية (النهي المتبادل Reciprocal Inhibition) . وقد توصل ولب الى هذه النظرية من ملاحظته بان اعطاء القطة رجه كهربائية وهي في القفص ، يؤدي الى قيام حالة شديدة من القلق والى درجة تصدها عن الطعام في المختبر الذي اجريت فيه الرجة الكهربائية ولإزالة هذه الحساسية ، لجأ ولب الى اطعام القطة في غرفة مختلفة تبتعد كليا عن الشبه بالمختبر ، وكرر ذلك باستعمال غرف واماكن تقترب تدريجيا من اوصاف المختبر الى ان تمكن اخيرا من اطعامها في المختبر وفي القفص الذي اجريت فيه الرجة الكهربائية في السابق وبدون اي انفعال من القلق . وقد طور ولب اسلوبه العلاجي ليتضمن امورا غير الربط بين الطعام والقلق ، ومن هذه ازالة القلق المرتبط بالاستثارات الجنسية . وذلك عن طريق تمكين الفرد من الاسترخاء الكافي في حضور العوامل المثيرة للقلق او بتصورها في الذهن ، على ان تتم هذه العملية تدريجيا وعبر جلسات عديدة يتعرض خلالها المريض للموقف المقلق بشكل تدريجي ومتصاعد ، يبدأ من اقل المواقف اثارة للقلق ، وينتهي باكثرها اثارة له . وقد استغل كثيرون هذه الطريقة في علاج حالات العنة في الذكور والبرودة الجنسية في الاناث ، وعلى سبيل المثال فان التدرج يبدا من ممارسة الرقص والعناق والزوجان في لباسهما الكامل وينتهي في الدرجة الواحدة والعشرين بالجماع في حالة العري التام للزوجين ، هذا وهنالك عدة اساليب من ازالة الحساسية منها ما يعتمد التراخي العضلي ليحل محل القلق ، ومنها ما يقضي بالتعرض المباشر لمصدر القلق In Vivo Desensitization (ازالة الحساسية بالمواجهة الحية) . وازالة الحساسية عن طريق ضبط النفس (Self-Control) .

3- الغمر Flooding

طريقة المعالجة بالغمر تستند الى نفس الاساس النظري للطريقة السابقة ، ازالة الحساسية (بالتبليد) غير انها تختلف عنها في سرعة التعرض للعامل المثير للقلق ، ففي هذه الطريقة يكون التعرض اكثر سرعة ويستمر مدة اطول وكأن الفرد يغمر به . وتطبيق هذه الطريقة في علاج الاضطرابات الجنسية قائم على اساس ان بعض الناس يتعلمون كيفية تجنب المواقف

الجنسية او الفرار منها ، لكي يتجنبوا القلق الذي تثيره هذه المواقف او نتائجها ، ولهذا فهم يتفادون دائما تعرض انفسهم من بعيد او قريب لهذه المواقف . والهدف من طريقة الغمر ، هو تصحيح هذا الواقع عن طريق التعرض السريع والطاغي للمريض لموقف جنسي ولمدة كافية مع الحيلولة بينه وبين الفرار منه . وقد وجد بالتجربة العملية ان مثل هذا الاجراء يمنع اسناد استجابات القلق ويمنع التهرب منه ، وبالتالي فانه يؤدي الى اطفاء القلق في هذه المواقف . هذا ويمكن تطبيق مثل هذا الاسلوب بالتعرض المباشر لمثل هذه المواقف ، او بالتعرض بالصورة او بالرسم ، او بتخيل هذه المواقف في الذهن .

الطرق العلاجية السلوكية لتحسين الاستجابات والأداء الجنسي

تتوافر عدة طرق علاجية سلوكية لهدف تقوية وتحسين الاستجابات الجنسية والاداء الفعلي الجنسي . واهم هذه الطرق ، والتي تستعمل ايضا لاغراض علاجية اخرى هي : التطبع الكلاسيكي ، والاخبار البايولوجي ، والتدريب الخيالي وبعض تقنيات التنويم .

1- التطبيع الكلاسيكي

يقوم هذا الاسلوب على اساس تجارب بافلوف التطبعية وهو يتألف من ان يعرض الفرد الى عامل اثارة غير مشروط Unconditioned Stimulus . ثم يلي ذلك تعريضه الى عامل شرطي ، ولمدة 30 الى 50 ثانية ، ويكرر ذلك 10 مرات كل جلسة ، ثلاث مرات في الاسبوع ولمدة ثلاثة اسابيع او ما مجموعه 90 محاولة . وعلى سبيل المثال فقد استعمل المعالجون الذبذبة الكهربائية كعامل اثارة غير مشروط . ويلي ذلك تسجيل رومانسي ملذ مع خيالات جنسية مع الشريك الجنسي كعامل مشروط . هذا ولا تتوافر تقارير كافية تدلل على فائدة هذا الاسلوب العلاجي في حالات العطل الجنسي كالعنة في الذكر وعطل الذروة في الأنثى غير ان هنالك نتائج ايجابية بسبب استعمالها لهدف تشجيع الاستجابات الجنسية لعوامل اثارة جنسية معتادة في المرضى الذين يعانون من مختلف انواع السلوك المنحرف جنسيا ، مثل الجنسية الطفولية والجنسية المثلية .

2- الاخبار البايولوجي

تتألف هذه الطريقة من احاطة الفرد علما بالتغيرات البايولوجية التي تحدث في جسمه . ومن ثمة تدريبه على محاولة السيطرة عليها بارادته . وقد استعملت هذه الطريقة لزيادة استجابة الانتصاب في المرضى الذين يشكون من العنة ، وتتلخص الطريقة في ان يحاط المريض بالعنة علما بدرجة انتصابه كما يقاس بجهاز تخطيطي Polygraph ، ابو بواسطة اشارات صوتية تبين درجة الانتصاب ، وهذا الاعلام يتم اثناء تعرض المريض لاربع حالات ،ويتم هذا التعرض بالتتابع ، ويجري مرتين في اليوم ولمدة ثمانية ايام . اما الحالات الاربع التي يتعرض اليها المريض فهي على التوالي : الطلب الى المريض ان يتخيل موقفا جنسيا مثيرا اثناء استرخائه (التخيل بدون اعلام) ، والحالة الثانية هي كالحالة الاولى غير ان المريض يحاول الحصول على الانتصاب مع احاطته علما بدرجة ذلك بواسطة الاخبار البصري او الصوتي ، والحالة الثالثة يعلم فيها المريض الاسترخاء وهو يشاهد عرض صور مثيرة جنسيا ، اما الحالة الرابعة والاخيرة فتتالف من جعل المريض يحاول الانتصاب بينما هو يشاهد عرض الصور المثيرة، مع الاستفادة من الاعلام البصري والصوتي . هذا وما زال هذا الاسلوب العلاجي قيد التقييم والاختبار .

3- التدريب في الخيال

هنالك الكثيرون من الناس ممن يعتمدون في حياتهم الجنسية على الاثارة الخيالية ، وتكوّن هذه الاثارة معظم ما يثير الاستجابات الجنسية في حالات الاستمناء عند كل من الذكر والانثى . كما ان للخيال اثره في اذكاء الاستجابات الجنسية قبيل او اثناء العلاقة الجنسية الفعلية . غير ان من الواضح ان جميع الناس لا يتساوون في مقدرتهم على التخيل او ممارستهم له ، وعلى ذلك فان بعض الناس ينقصهم هذا المدد لدوافعهم الجنسية ، وما يمكن ان يؤدي اليه من استجابات ، ولهذا فان التدريب على الخيال له ان يؤدي الى تحسن عام في الميول الجنسية والاداء الجنسي لبعض الناس . وقد وضع بعض الخبراء سلسلة من التمارين التي اعدت خصيصا لتشجيع التخيل الجنسي .

4- التنويم

يستعمل التنويم باسلوب او اخر في عدة حالات من الاضطرابات الجنسية، واهداف التنويم تشمل عدة امور ، اولها التوصل الى معرفة وتذكر الصدمات التي سبق وان حدثت في تجربة الفرد وادت الى عطله الجنسي ، والامر الثاني لمساعدة المريض الى الاسترخاء ، وبالتالي لتسهيل فعل الاساليب العلاجية الاخرى وخاصة السلوكية منها . ويستغل التنويم ايضا للايحاء للمريض بأن بامكانه القيام بما عجز عن القيام به في الماضي ، كالانتصاب في الذكر والذروة في الأنثى ، كما ان بالامكان اعطاء المريض ايحاء يلي التنويم **Posthypnotic** ، لشتجيعه على استجابة ومتعة افضل في سلوكه الجنسي . وقد وصفت تقنيات التنويم في علاج الحالات الجنسية في عدة مراجع اهمها كتاب كراسلنك وهول **Crasilneck and Hall (1975).**

العلاج الجنسي التنشيطي Sexual Stimulation Therapy

هذا الاسلوب العلاجي حديث العهد في علاج العنة في الذكور والعطل الجنسي في الاناث، والهدف من الاسلوب هو زيادة الدافع الجنسي عندما يكون هذا الدافع ضعيفا او مفقودا. وقد لا يكون في ضعف الدافع عند فرد مشكلة اذا ما كان الشريك الجنسي بنفس القدر من الضعف الجنسي ، غير ان تمتع احد الشريكين بدافع طبيعي او قوي ، مع تمتع الآخر بدافع ضعيف فان من شأنه ان يخلق المعاناة والمشاكل لكلا الطرفين . وقد نشأت في السنوات الاخيرة عدة طرق علاجية لتقوية الدافع الجنسي نختصرها فيما يلي :

1- طريقة ماسترس وجونسون

يعتبر بعض الباحثين بان طريقة ماسترس وجونسون هي من الطرق العلاجية السلوكية وعلى العكس فان اصحابها ينفون ذلك ، ويجدونها طريقة نفسية ، بينما آخرون يجدونها وسطا بين الطرق العلاجية السلوكية والنفسية. والواقع ان ماسترز وجونسون قد قدما عدة تقنيات لاعادة تدريب الذين يعانون من عطل جنسي ، واهم هذه التقنيات هي التقنية المعروفة بـــ مركز التحسس **Sensate Focus**. وقد ابتدعا هذا الاسلوب بناء على الملاحظة بان الذين يعانون من العطل الجنسي قد فقدوا المقدرة على الشعور والتفكير بطريقة شهوانية وذلك بسبب

مختلف الضغوط والارهاق التي يربطونها بعملية المعاشرة الجنسية . ولهذا فان عليهم الدخول في عملية تدريبية تسمح لهم بالتماس الجسمي ، وعلى صورة التماس الذي لا نواهي فيه كما كان في سن الطفولة . ويتعلم الفرد في هذه التقنية الشعور بان تلمس جسمه وتلمس جسم شريكه الجنسي هو امر ملذ في حد ذاته . وتحقيق مثل هذا الشعور يسمى (التلذذ Pleasuring) في تقنية ماسترز وجونسون . ويتم التدريب على هذه التقنية بشكل تدريجي ومتكرر وفي ظروف تختلف تماما عن الظروف المثيرة للقلق ، كما انه يمنع على المشاركين فيها منعا باتا القيام باي علاقة جنسية فعلية في الادوار الاولى من العلاج . واضافة الى نتيجة تحسس الفرد بوجوده الجسمي وبوجود شريكه المماثل ، فان هذه الطريقة تعطي فرصة لادراك الفرد بان العلاقة بين الجنسين هي علاقة متبادلة يقوم كل واحد من طرفيها بالاخذ والعطاء في آن واحد . والهدف الاخر الذي تحققه هذه الطريقة هي اطفاء النواهي التي اعترضت في الماضي استعداد الفرد للاندماج مع الآخر في وحدة حسية .واخيرا فان هذا الاسلوب بسبب منعه للشريكين من القيام بالعلاقة الجنسية اثناء التمرين ، فانه يخلق حالة من الفشل التي تذكي الرغبة ، وهذا يدفع بميل الواحد نحو الاخر ، ويدعى صاحبا هذا الاسلوب بان طريقتهما نجحت في علاج الذين يشكون من عنة ثانوية بمعدل 73.8 في المئة من الحالات وفي 80.7 في المئة في حالات عطل الذروة الاولية والثانوية في الأنثى .

2- طريقة لوبتز ولوبيكلو Lobitz and Lopiccolo

طريقة هذين الباحثين تشمل عدة تقنيات للتنشيط الجنسي ، يستعمل فيها الاستمناء والخيالات ، والكتب والصور الشهوانية ، والذبذبات الكهربائية ، كما ان الاناث ، فاقدات الذروة يدربن على تلمس اعضائهن الجنسية والتلذذ في ذلك . ومن اساليب هذين الباحثين هو الاسلوب المعروف (بالتطبع الذروي او الايجابي Orgasmic or Positive-Conditioning) والذي يمكن تطبيقه في الذكور او الاناث . فعلى سبيل المثال ، فان الأنثى يطلب اليها قبل الذروة مباشرة ان تتخيل بوضوح شريكها الجنسي ، وان تفكر فيه خلال الحصول على ذروتها ، وفي مناسبات لاحقة يطلب اليها ان تحول خيالها او انتباهها الى تخيل

شريكها بشكل تدريجي والى ادوار اولى ، الى ان ينتهي الامر بانها لا تحتاج الى مزيد من التخيل غير وجود شريكها الجنسي .

3- طريقة بتريشيا وجيلان

وتهدف هذه الطريقة الى تدريب الذين يعانون من قلة وضعف دوافعهم الجنسية في كيفية زيادة هذه الدوافع . وتتضمن هذه الطريقة ادوارا اربعة ،الدور الاول منها يشجع الفرد فيه على ان يبدي اهتماما بشؤون الحياة اليومية وما يجري حولها ، ذلك ان الباحثين وجدا بأن الدافع الجنسي الضعيف يرتبط بحياة عامة ضعيفة الاتصال والاهتمام ، وان رفع الواحد منهما لا يمكن بدون رفع الاخر . اما الدور الثاني فيهدف الى تدريب الواحد على الاتصال الشخصي ، فالدافع الجنسي الضعيف يصاحبه عادة اتصال ضعيف بين طرفي العلاقة الجنسية . ولهذا يشجع الطرفان على محاولة الاتصال الفكري العاطفي والحسي مغ الغير وخاصة الشريك الجنسي وفي لبس الملابس او الظهور بهيئات تشجع توجيه الاهتمام اليه . اما الدور الثالث فهو يرتكز على تشجيع واسناد الاستثارة الجنسية ، وذلك باستعمال الصور لاناس ذوي جاذبية من الجنسين في احوال اعتيادية وبشكل عادي وبعرض صور ومواقف تثير الرغبة والاستجابة الجنسية. واطلق الباحثان على هذا الدور دور (التحسيس **Sensitization**) اما في الدور الرابع والاخير ، فان الشريكين في العلاج يشجعان في هذه المرحلة على تقوية تبادل الشعور بينهما ضمن العملية الجنسية ، وان يتجاوزا النواهي اثناء هذه العلاقة . ويدعي الباحثان بأن الاستفادة لدى الذكور من حيث قوة الانتصاب والولوج والقذف تقع في حدود **90%** اما الاناث فان استفادتهن اقل من الذكور ، فالانثى التي لم تحصل في السابق على الذروة لا تحصل عليها بهذه الطريقة ، غير انها تصبح اكثر تمتعا بالعلاقة الجنسية ، كما ان الاناث اللواتي يعانين من ضعف في الدافع الجنسي يصيبهن التحسن في تقوية هذا الدافع في **57%** من الحالات .

العلاج بالاستمناء

فكرة الفائدة العلاجية للاستمناء تنبع من الملاحظة بان الاستمناء في الذكور يؤدي في جميع الحالات تقريبا الى الوصول الى الذروة ، وبانه اكثر ضمانة للوصول الى الذروة في

الأنثى من العلاقة الجنسية الطبيعية ، كما تنبع ايضا من الملاحظة بان الذروة الحاصلة منه في الأنثى هي اكثر قوة واطول زمنا من الذروة الناتجة عن اي اثارة جنسية اخرى . وهذه الملاحظات دفعت جيلان ، كما دفعت لوبتز ولوبكلوا ، على القيام بتدريب الذكور والاناث ممن يعانون من مشاكل متعلقة بالذروة ،على الاستمناء باستعمال مواد ومواضيع مثيرة للشهوة . والهدف من هذه التمارين ليس مجرد الحصول على الذروة باي وسيلة ، وانما لربط تصور الشريك الجنسي بزمن الذروة ، وما لهذا الربط من فائدة تشمل تثقيف الفرد ، وخاصة الأنثى في أمر تكوينها الجسمي ، وخاصة الاعضاء الجنسية ، مما يمكنها من اكتشاف نفسها ومساعدة شريكها في التعرف على هذا الاكتشاف ، وبعد ذلك يدرب الفرد على عملية تدريجية وتصاعدية من الاستمناء من حيث قوته وتكراره ، ومن حيث ادخال عناصر منشطة للرغبة الجنسية كالصور وغيرها من المواضيع البصرية او الصوتية او الذبذبات الكهربائية Vibrators. واذا فشلت جميع هذه المحاولات في اعطاء الذروة فان اهتمام المعالج يجب ان يتوجه الى امكانية وجود مخاوف ناهية عن الذروة ، وعليه لذلك ان يشجع الأنثى على التغلب على هذه الطريقة بانها تؤدي الى نتيجة ايجابية في حدود 80% الى 100% من الحالات ليس في الوصول الى الذروة فحسب اثناء الاستمناء وانما في الوصول اليها بعد بضع اسابيع من نهاية التمارين ، في العلاقة الجنسية الفعلية ذاتها . تتوافر غير الاساليب والتقنيات التي ذكرناها اساليب وتقنيات عديدة من تمارين او اساليب تنشيط او تحسيس او اثارة بهدف رفع مستوى الدوافع الجنسية والاداء الجنسي في الاناث والذكور، ومعظم هذه الطرق تتبنى نفس القواعد التي اشرنا اليها في هذا الفصل غير انه لا يتوافر لهذه الطرق من النتائج ما يبرر ادراجها الان ، وهذا بطبيعة الحال لا ينفي ان تكون ذات فائدة ، وبانها قد تجد مكانها في اساليب العلاج اللازمة والضرورية لعلة انسانية هي من اهم العلل التي يعانيها واكثرها قسوة على النفس في حياة بعض الناس ، وهم غير قلة .

علاج الانحرافات الجنسية

علاج الانحرافات الجنسية هو من المهام الصعبة في مجال الطب ، ويمثل تحديا عظيما لا يمكن الادعاء بان الطب استطاع التوصل الى نتائج ايجابية حاسمة بشانه . وبعض الصعوبة

في التوصل الى ذلك يعود الى اننا مازلنا نجهل الاسباب الفعلية التي تكمن وراء تكوين حالة الانحراف ، وبعض الصعوبة تاتي ايضا من حالات الانحراف راسخة الجذور في نفوس اصحابها ولمدة طويلة مما يجعل من الصعب اجتذارها . ثم ان التحيزات راسخة الجذور في نفوس اصحابها ولمدة طويلة مما يجعل من الصعب اجتذارها . ثم ان التحيزات الاجتماعية من ناحية ، والقيود القانونية التي تعاقب ممارستها من ناحية اخرى ، تجعل من الصعب على المنحرف في معظم الحالات ان ياتي متطوعا للعلاج بنفسه ، ويضاف الى هذه العقبات صعوبة اخرى تعترض العلاج المجدي ، وهي ان معظم المنحرفين يجدون في انحرافهم المعادلة التي تمكنهم من الحصول على متعتهم الجنسية ، وهم لذلك غير تواقين ، ان لم يكونوا معارضين لاي وضع جديد يسلبهم هذه المتعة على علاتها الانحرافية . ومع جميع هذه العقبات والصعوبات فقد قامت عدة محاولات علاجية ، وبدرجات متفاوتة من النجاح ، لعلاج بعض حالات الانحراف وخاصة تلك الحالات التي يرغب اصحابها بالتخلي الفعلي عن انحرافهم والتمثل بالاساليب الطبيعية للارضاء الجنسي ، ومع ان معظم الحالات التي عولجت حتى الآن كانت بموافقة ورغبة اصحابها ، الا ان بعض الحالات قد وضعت تحت المعالجة تنفيذا لاحكام قانونية حكم فيها على اصحابها بارتكاب جريمة الانحراف ، وحولو الى المجال الطبي لاصلاح انحرافهم .

ان المبدا الهام في العلاج لحالات الانحراف ، كما هو الحال لعلاج الاضطرابات الجنسية بشكل عام ، هو ان يقوم المعالج باستقصاء جميع العوامل والظروف المتعلقة بحياة المريض بما في ذلك النواحي البايولوجية ، ونموه النفسي والجنسي وطبيعة علاقته مع الاخرين من جنسه او الجنس الاخر ن بالاضافة الى الاحاطة الكاملة بطريقة ممارسته للانحراف وجميع الارتباطات المتعلقة بهذه الممارسة . ومثل هذا البحث يمكن له ان يجعل من الاسهل الوقوع على اسباب الانحراف ومحله في حياة المنحرف وامكانية تحويله من مجراه الانحرافي الى ممارسة جنسية طبيعية. والوسائل العلاجية المستعملة في علاج حالات الانحراف هي من حيث المبدأ نفس الطرق التي عددناها في هذا الفصل وتشمل العلاج النفسي والعلاج المادي والسلوكي ، والفرق الاساسي الهام بين علاج الاضطرابات الجنسية بشكل عام ، والانحرافات الجنسية بشكل خاص.

العلاج النفسي

يهدف العلاج النفسي الى محاولة الكشف عن عوامل الكبت وهي العوامل التي يعتقد اصحاب المدرسة التحليلية بانها تكمن وراء معظم حالات الانحراف . وفي اعتقادهم ان التوصل الى هذه العوامل من شانه ان يحول مجرى الحياة الجنسية المنحرفة الى مجرى جديد طبيعي غير ان مثل هذا التصور وتطبيقه عمليا لم يثمر ، وليس هنالك ما يثبت جدواه العلاجية اضافة الى الزمن الطويل الذي يستغرقه والتكاليف الباهظة المترتبة عليه . والمعتقد هو ا ناي فائدة ايجابية لعمليات التحليل النفسي ، ما هي بالفعل الا نتيجة تلقائية صدف تزامنها مع العلاج . ومع ان العلاج النفسي التحليلي لا يبدو مفيدا ، الا ان العلاج النفسي القصير والمختصر لا يمكن الاستغناء عنه في اية محاولة علاجية . ذلك انه يعطي المنحرف شعور الثقة والاطمئنان والتفهم لمعاناته والتقدير لذاته . وهي عناصر هامة في اي عملية علاجية ، فهي تساهم في اقناع المريض بالعلاج ، وتقلل من القلق النفسي وشعور الاكتئاب والتشاؤم والنبذ في نفسه ، وكل ذلك من شأنه ان يسهل اي اسلوب علاجي أخر خاصة العلاج السلوكي . ومع ان معظم المرضى يفضلون علاج انحرافاتهم بشكل فردي ، الا ان الاسلوب الجماعي في العلاج سواء تألف من الشريكين في العلاقة الجنسية ، او من مجموعة اوسع من المنحرفين ، فانه الاسلوب الاكثر فائدة والاكثر عملية واقتصادا في الزمن والتكاليف .

العلاجات المادية (الدواء ، الجراحة)

اصبح من الثابت تقريبا بان العلاجات الهرمونية على اختلاف انواعها هي عديمة الفائدة في علاج الانحرافات الجنسية على اختلاف انواعها في الذكور أو الأناث . غير ان هنالك بعض العقاقير الطبية التي تعتبر مضادة للهرمونات الاندروجينية ، ومن هذه العقاقير الجديدة مركب باسم سايبروتيرون استيت **Cyproterone Acetate** ويعتقد بان هذا المركب له خصائص (تانيثية **Feminization**) غير انه لم يثبت ذلك حتى الان من الناحية العملية الا انه يقلل من الدافع الجنسي عند الذكور ، وهو لذلك فيه امكانية علاجية لحالات الانحراف الجنسي المثلي والطبيعي (المخالف) . والتي تحدث عادة في المصابين بمرض عقلي او بشخصية سايكوبائية عدوانية . ومن العقاقير الحديثة المستعملة في علاج الانحراف ، دواء

باسم بنبيرودول Benperidol وهو علاج مهدئ يقلل من الاتجاه نحو الانحراف بدون التقليل من الدافع الجنسي ، غير ان معظم العقاقير المعقلة (المهدئات الكبرى) مثل لارجكتيل وستيلازين ومللريل وغيرها ، فهي تقلل من الدافع الجنسي ، ويمكن استعمالها في حالات الانحراف الجنسي الذي يتصف بالايذاء والتعدي ، وفعل هذه العقاقير قد يستمر اشهرا بعد التوقف عن استعمالها من المنحرف او المريض .

ومن الاجراءات العلاجية المادية العمليات الجراحية ، فعملية الخصي قد تقلل من الاثارة والقوة الجنسية في اللذين تستاصل خصيهم ، وهو اجراء صارم لا رجعة عنه ولا يتم عادة برضى المنحرف ، وانما بامر قضائي للقضاء على مخاطر الانحراف . ومن العمليات الجراحية للانحراف عمليات جراحية عصبية على مناطق معينة من الدماغ ، وهي تجري عادة على المنحرفين جنسيا ممن يقومون بالتعدي الجنسي والايذاء الجسمي معا نتيجة لدوافع قسرية .

العلاج السلوكي

وهذا الاسلوب هو اكثر الاساليب العلاجية ضمانا حتى الان للحصول على نتائج معقولة لعلاج الانحراف الجنسي . والهدف من هذا العلاج هو ازالة الانحراف الجنسي او تحويره ، وبدون التصدي لاسبابه مهماكانت . وهنالك عدة اساليب من العلاج السلوكي . ولعل اهمها واكثرها فائدة هو اسلوب التطبع بالتكريه ، ويعتمد هذا الاسلوب نظريات بافلوف في التطبع ، ويفسر فعله في الانحراف بان اعطاء عامل اثارة مكروه بطبيعته ، له ان يعاقب السلوك الجنسي المنحرف . اذا ما اقترن هذا العامل المكروه بالسلوك الجنسي ، فان الغاية الجنسية تفقد قوة جاذبيتها للمنحرف . وقد استعملت وسائل تكريهية عديدة منها استعمال العقاقير المسببة للتقيؤ او الغثيان او استعمال الاثارة الكهربائية المؤلمة ، وغيرها . وتقدم هذه العناصر الكروهة للشخص مقترنة من الناحية الزمنية بتقديم صور او مواقف ا تصورات لحالات الانحراف . ويتكرر هذا التقديم عددا كافيا من المرات ، والى ان يصل المنحرف الى الحد الذي يكون فيه مجرد تصوير الانحراف كافيا لتوقفه عن الاقدام عليه . ومتى حدث ذلك فان من السهل نقل النتيجة الى موقف فعلي من الانحراف الجنسي . وهذا الاسلوب العلاجي لا

يفي بغرض علاج الانحراف كله ، فهو يوفر فقط امكانية لتوقفه عن الاقدام عليه . ومتى حدث ذلك فان من السهل نقل النتيجة الى موقف فعلي من الانحراف الجنسي. وهذا الاسلوب العلاجي لا يفي بغرض علاج الانحراف كله ، فهو يوفر فقط امكانية اخضاع الدافع للانحراف الجنسي اما عودة الفرد الى الممارسة الجنسية الطبيعية ، فان هذه العودة تتطلب اجراء علاجيا آخر كما يتضح ذلك من الطريقة التالية المستعملة في علاج الانحراف الجنسي المثلي(اللواطية) وهي اكثر انواع الانحراف استجابة لهذا العلاج التكريهي . والطريقة التي نصفها هي الطريقة استعملها فيلدمان وماكولوك (1971) والتي ادعيا بانها ذات فائدة في 60% من مجموعة غير مختارة من حالات الانحراف المثلي في الذكور . وفي هذه الطريقة تعرض على الشاشة صور للذكور العارين لمدة 8 ثوان . ويترك للمنحرف الناظر اليها ان يبقي الصورة لهذة المدة ، ان ان يضغط على زر يزيل الصورة عن الشاشة قبل نهاية هذه المدة ، غير انه اذا فشل في ازالة الصورة فانه يرج برجه كهربائية حالة انتهاء الثواني الثماني عندما تختفي الصورة اوتوماتيكيا . اما اذا ضغط المنحرف على الزر قبل ذلك فان الصورة تختفي ، ولا تعطي له الرجة الكهربائية . هذا وبالامكان اعطاء الرجة الكهربائية للمريض المنحرف بدون ضرورة عرض الصور ، وانما حالما يعطي الاشارة بانه بدأ يتخيل موقفا خياليا من ممارسة الانحراف ، او عندما يتبين من جهاز التخطيط بان قضيبه قد بدأ في الانتصاب .

ومن اساليب العلاج السلوكي للانحراف . التقنية المعروفة بالتحسس الخفي Covert Sensitization، والتي تتالف من عدة خطوات : 1 - يطلب الى الفرد ان يفكر في موضوع انحرافه المفضل . 2 - ثم يطلب اليه ان يتصور بانه بدأ يقترب منه . 3- يطلب اليه ان يتصور حادثا فظيعا يحدث . بانه قد تلوث بالقيء او بالروث الخ .. ، 4 - يطلب اليه ان يتخلى عن تصوره للموضوع ، ويوحي اليه في نفس الوقت بان الحادث الفظيع بدأ بالزوال . هذا ولا تتوافر دراسات كافية عن هذا الاسلوب غير النتائج المسجلة التي نشرها مستحدثو الاسلوب كوتيلا وسوكي Cautela and Wisoclki (1971).

ان هذه الاساليب السلوكية وغيرها ذات فائدة لا يستهان بها في علاج الانحرافات الجنسية المختلفة وخاصة الجنسية المثلية ، ولها بعض الفائدة في علاج انحرافات اخرى كالفتشية والاستعراضية والتلبسية والتبصصية وغيرها ، وان كانت هذه الفائدة اقل مما يلاحظ في علاج الجنسية المثلية .

قد لا تكون هنالك صعوبة كبرى في تخلي الفرد عن انحرافه بواسطة طريقة او اخرى من طرق العلاج السلوكي وخاصة التكريهية منها . غير ان الامر يتطلب عودة الفرد الى ممارسة جنسية طبيعية . ومع ان التكريه بالانحراف قد يؤدي تلقائيا الى مثل هذه العودة في بعض المرضى ، الا ان هذا لا يحدث في الكثيرين ، ولا بد لذلك من متابعة العلاج بوسائل علاجية سلوكية ترغيبية . واهم هذه الوسائل تعتمد ممارسة الاستمناء اثناء تصور المواضيع المثيرة والتي لا تتعلق بقضايا الانحراف .

علاج حالات معينة

ان الطرق العلاجية التي سبق بيانها هي مجموعة الطرق المتوافرة لعلاج الاضطرابات الجنسية المختلفة بصورة عامة ، وقد تستغل واحدة او اكثر من هذه الطرق في آن واحد او بالتتابع ، في علاج الحالة المرضية الواحدة ، ولطريقة او اخرى ان تكون اكثر ملائمة في حالة مرضية مختلفة ، او في مريض آخر يعاني من نفس الحالة المرضية ، والتوصل الى الاسلوب العلاجي الملائم يعتمد بالدرجة الاولى على الاحاطة الدقيقة بشخصية المريض ونموه النفسي وظروف حياته ومدى تفرغه وتكريسه للعملية العلاجية ، وكفائته في تنفيذ التقنية العلاجية وبالشكل الذي يتلائم مع حاجاته وخصائصه الفردية . ومهما كانت التقنية المستعملة من مادية او سلوكية . فان كل محاولة علاجية في المجال الجنسي يجب ان تعطي اهمية للنواحي النفسية للمريض ، لا لأن العامل النفسي قد يكون عاملا اساسيا وفعالا في قيام الاضطراب او الانحراف الجنسي ، وانما لان اي عطل او انحراف جنسي يمكن له ان يسبب القلق والمعاناة النفسية لصاحبه ، ولهذا فان للحالة المرضية ان تتعقد وتتفاقم بفعل ذلك . ولهذا يتوجب التقليل من هذا القلق بالوسائل العلاجية الملائمة وقبل البدء باية محاولة علاجية اخرى متخصصة ، وقد يجد المعالج بان حسر حالة القلق هي كل ما يحتاجه المريض من علاج . وفيما يلي نبين باختصار

الوسائل العلاجية الاكثر ايجابية في علاج بعض الحالات الجنسية الاكثر وقوعا في حياة الناس الجنسية كالجنسية المثلية ، والضعف الجنسي في الذكر (العنة) والبرودة الجنسية في الأنثى وغيرها .

علاج الجنسية المثلية

العلاج الهرموني والعقاقيري عديم الفائدة ، وليس هنالك من فائدة ثابتة من العلاج التحليلي الطويل ، والطرق الاكثر استعمالا هي العلاج النفسي والتنويم والعلاج السلوكي . وهذه الطرق في مجموعها تفيد في حوالي **40%** من الحالات المختارة للعلاج . وافضل النتائج تاتي من علاج اولئك الراغبين في العلاج ، واولئك الذين مرت بهم تجارب جنسية طبيعية ناجحة . وعلى العموم فان الاستجابة الافضل من استعمال اي اسلوب علاجي تحدث في اولئك الذين لم يتجاوزوا سن الخامسة والثلاثين . وقد وجد الباحثون بان ازالة الحساسية والتبليد هي الطريقة الاثر فعالية من العلاج بالتكريه في اولئك المرضى الذين يعانون من قلق يرتبط بالعلاقة الجنسية مع الجنس الاخر ، اما طريقة التكريه فانها تعطي نتائج افضل في اولئك الذين هم اقل قلقا بشان ممارستهم الجنسية المثلية . ويمكن للعلاج ان يتضمن الطريقتين معا ، فيبدا بتطبيق التكريه ، ومن ثمة تبدأ عملية ازالة الحساسية للعلاقة الجنسية الطبيعية . وقد سبق لنا وان اوضحنا تقنية الطريقتين في مكان سابق من هذا الفصل ، وخلاصة التقنية التكريهية ، هي ان يقدم موضوع الانحراف (صورة الذكر) على الشاشة ، ثم يعطي للمشاهد عاملا حسيا مكروها ، اذا ما اطال المريض نظره الى الصورة . والعامل الحسي هو عادة رجة كهربائية وقد يكون شتويها بشعا ومقززا للنفس وعلى شكل صورة اوصف للصورة المعروضة ، ويتكرر هذا الاسلوب عدة مرات في الجلسة الواحدة وفي جلسات تالية . ومتى حصل التكريه في نفس المنحرف . فان اسلوب العلاج يطور بحيث يتجنب المعالج اعطاء العامل المكره في بعض المواقف وفي اللحظة المناسبة ، مثل عرض صورة انثى على الشاشة ، وهذا الاجراء يترجم في ذهن المريض بانه فترة استراحة وتخلص من الايذاء بالتكريه ، ولذلك فهو يميل الى متابعته وقد يكون ذلك بداية لتحويل مجرى جنسه الى الميل نحو الجنس الآخر . اما تقنية ازالة الحساسية ، فانها تتألف عادة من سلم تصاعدي في تعريض المنحرف الجنسي المثالي الى

مواقف جنسية مع الجنس الاخر . ونبدا باقل هذه المواقف اثارة لقلقه وتجنبه ، ويقرن ذلك بتمارين الاسترخاء او بالمكافأة ، ومتى وصل القبول الى درجة ما، انتقل المعالج الى درجة اعلى من السلم المتصاعد ، وهكذا حتى يجد المريض نفسه قادرا على مواجهة العلاقة الجنسية الطبيعية بدون قلق ووجل وامتناع .اما علاج الجنسية المثلية (السحاقية – اللبسية) في الأنثى فهو اكثر صعوبة من علاج الحالة في الذكور ، وتطبق في العلاج نفس المبادئ العلاجية التي تطبق في الذكور بما في ذلك الارشاد والعلاج النفسي والتوجه الاجتماعي ، غير ران العلاج السلوكي هو اقل تأثيرا في الأنثى منه في الذكر ،ولعل ذلك يعود الى ان الحياة الجنسية للأنثى اقل تاثرا بعمليات التطبع من الذكر ، وعلى العموم فان النتائج الاجمالية لعلاج اللبسية في الاناث هي اقل نجاحا منها في الذكور ، والى الحد الذي دفع بالبعض الى التخلي عن علاجها واعتبارها خارجة عن مجال الطب الجنسي .

علاج الانحرافات الاخرى

افضل النتائج العلاجية لحالات الانحراف الجنسي مثل الفتشية والاستعراضية والطفولية والحيوانية والتلبسية والتبصصية تاتي بفعل العلاج السلوكي، ولما كانت هذه الانحرافات تتكون من شقين هما الانحراف في حد ذاته ، والاعراض عن العلاقة الجنسية الطبيعية ، فان منطق العلاج يجب ان يتوجه الى تكريه المنحرف بممارسة انحرافه ، ومن ثمة ترغيبه بالممارسات الجنسية الطبيعية، وعلى هذا الاساس، فان طرق العلاج السلوكي التكريهية تستعمل في معظم هذه الانحرافات . مثال ذلك ان الذي يمارس الجنس مع الاطفال (الطفولية). تعرض امامه صور الاطفال ، ويلي ذلك عرض صورة مشوهة ومقززة لجسم الطفل نفسه . وهنالك اسلوب آخر يتم فيه تحسيس الفرد لموضوع الانحراف بشكل متستر **Covert Sensitisation** فيطلب اليه ان يتصور موقفا انحرافيا في خياله ، وعندما يعطي الاشارة للمعالج ، فان المعالج يعطيه اثارة مكرهة له ، سواء كانت هذه الاثارة فعلية ، كالرجة الكهربائية ، او خيالية كتصور كارثة او مصيبة تلم به بسبب تخيله للانحراف . وتطبيق هذا الاسلوب في حالة انحراف فتشي فعلي في مريض يسعى دائما للاستحواذ على حذاء انثى هو كما يلي : الخطوة الاولى من العلاج ، (وهو يصرف مرتين في اليوم لمدة اسبوعين) يطلب

فيها الى المنحرف ان يتصور في ذهنه الحذاء ، ومن ثمة الاشارة الى المعالج بانه فعل ذلك ، ويلي ذلك ان يعطي المعالج له رجة كهربائية ، وهذا يؤدي الى اختفاء الصورة الخيالية من ذهنه حالا ، وبعد دقيقتين من الراحة يكرر الاجراء . وقد لوحظ بانه مع تكرار هذا الاجراء فان المنحرف يصبح بشكل متزايد اقل قدرة على تخيل الحذاء وبانه يحتاج الى زمن اطول لكي يستطيع هذا التخيل من جديد . اما الخطوة الثانية ، فانها تبدأ بعد يومين ، وتتالف هذه الخطوة من محاولة المنحرف وضع قدميه في الحذاء (البوت) واعطائه صدمة كهربائية عندئذ ، وتستمر الصدمة حتى ينزع الحذاء ، وللمنحرف ان يسعى الى ايقاف الصدمة الكهربائية اذا ما قام بعمل اخر .

وقد فادت مثل هذه الطرق العلاجية السلوكية في علاج الانحراف التلبسي والاستعراضي ، والتبصصي ، والانحرافات السادرمازوخية ، غير انها عديمة الفائدة في انحراف الجنسية المعاكسة **Transexuality**.

علاج العنة

علاجات العنة في الذكور عديدة ، ومحاولاتها قديمة ومتواصلة ، وتتراوح بين اللجوء الى اساليب الايحاء السحرية لما يعتقده البعض بان العنين (مربوط) بفعل سحري، او بالحسد والى استعمال مختلف المواد والمستحضرات النباتية والحيوانية مثل (ماندراجورا، وكانثاريدس وقرن حيوان الراينا سوراس ، ومنها مستحضر يوهامبين، والعقاقير المنشطة للجهاز العصبي والدموي مثل امفينامين ، وابومورفين ، ومركبات الكورتكوستيرويدز ، هذا وليس هنالك ما يؤيد فائدة هذه العلاجات كلها . وقد لا تتعدى هذه الفائدة ان حدثت كونها ناجمة عن الفعل الايحائي والتمويهي . ومثل ذلك يقال في العلاجات الهرمونية والتي قل ان تكون ذات فائدة مباشرة في العنة. الا في بعض الحالات التي يثبت فيها النقص الهرموني كحالات ضمور الخصيتين واستئصالها جراحيا ، وفي حالة الكبار في السن ، وفي مرضى السكل الذين يثبت فيهم وجود هذا النقص الهرموني ، وقد يكون هنالك من فائدة لهذه الهرمونات (الاندروجينز) في الفترات الزمنية التي تتوافق فيها العنة ولو بدرجة ما ، مع انخفاض مستوى الهرمون . هذا وما زالت الابحاث متواصلة لرصد مثل هذه العلاقة .

اما العلاج النفسي فان فائدته لا تتجاوز الفائدة التي تحدث بشكل تلقائي في الامراض النفسية ،وهذا يدلل على ان العنة بالرغم من اسسها النفسية في الكثير من الحالات الا انها قد لا تستجيب للعلاج النفسي ذلك لانه قد يكون لها اسباب بنيوية اخرى تعيق هذه الاستفادة .

وهنالك اساليب علاجية متعددة لعلاج العنة نختصرها في ما يلي :

- طريقة ليون هارد Leonhard(1963) والتي يوصي فيها العنين بان يمتنع كليا عن العلاقة الجنسية ،وخلال مدة امتناعه يعرض الى مختلف المثيرات الجنسية . ويستمر ذلك الى حين استرداده للثقة في كفاءته الجنسية .
- طريقة ازالة الحساسية ، والغاية منها التقليل من القلق الذي يتوقعه العنين من العلاقة الجنسية . وذلك عن طريق تعريضه تدريجيا وهو في حالة من التنويم او الاسترخاء الى مواقف جنسية يتخيلها في ذهنه وترتبط بقلق متزايد .
- طريقة ماسرترس وجونسون. وتتالف الطريقة من تمارين يكتشف فيها كل من الشريكين مواطن الاستثارة الجنسية في جسد الواحد نفسه وفي جسد الشخص الاخر وتلمس ومداعبة هذه المواطن ، مع تجنب الوصول الى الذروة او الدخول في علاقة جنسية فعلية . والتأكيد في طريقة ماسترس وجونسون هو على الاهتمام المتبادل بين الشريكين ، وعلى المتعة والاسترخاء والاتصال بينهما ، ومعرفة ما هو حادث اثناء ذلك بالاخبار البايولوجي Buofeedback.
- طريقة لوبتيز ولوباكولو Lobitz and Lopiccolo، وتتالف من اسلوب للاستمناء في تسع درجات .

وقد افادت البحوث المختلفة بان طريقة ماسترس وجونسون كانت ذات فائدة في علاج عنة الذكور كما يلي من النائج : العنة الاساسية في 59% من الحالات، العنة الثانوية في 74% العنة الكاملة 67% القذف المبكر 98%، القذف المتاخر 83%. اما طريقة لبوبيتز ولوبكوملوا فكانت ذات فائدة في 66% من حالات العنة الكاملة و 100% في حالات القذف المبكر، اما في عنة الأنثى (برودة الأنثى الجنسية) فقد كانت نتائج العلاج في الطريقتين كما يلي:(ماسترس وجونسون) انعدام الذروة الاساسي 83% من الحالات استجابت للعلاج ، و77% من حالات

انعدام الذروة الثانوي ، و8% من الانعدام الكلي للذروة . بينما كانت نتائج اسلوب لوبيتز وشريكه هي 100% في حالات انعدام الذروة الاساسي ، و33% من انعدامها الثانوي و 66% من انعدام الذروة التام .

- وقد بينا طرقا اخرى تساعد على الاستثارة الجنسية في بحثنا عن الطرق العلاجية بشكل عام ، وهذه الطرق لها ان تذكر وتزيد في الرغبة والدافع الجنسي ، ولها ان تقلل من العنة ، ومعظم هذه الطرق تشمل الشريكين معا في العلاقة الجنسية . وتستعمل في هذه الطرق وسائل مختلفة من بصرية او صوتية من شانها ان تحفز النشاط الجنسي .
- اجريت تعديلات على طريقة ماسترس وجونسون .منها دمج اسلوبهم مع طريقة الاثارة او التحفيز ، او باعطاء ذبذبة كهربائية . وقد اعطى التعديل الاول نتائج افضل من اسلوب ماسترس وجونسون وحده ، كما اعطى التعديل الثاني 100% من الفائدة في علاج العنة الاساسية . ونتائج هذه التعديلات لم تزد في نسبة النتائج الايجابية لعلاج حالات العنة الثانوية والتي تقع في نطاق 74% لهذه الطرق جميعا .

خلاصة علاج الاضطرابات الجنسية

يمكن تقسيم الاضطرابات الجنسية الى فئتين رئيسيتين اولهما اضطرابات العطل الجنسي في كل من الذكر والانثى والفئة الثانية في فئة الانحرافات الجنسية . اما من الناحية العلاجية فان هنالك عدة وسائل علاجية مستعملة لنوع او اخر من الاضطرابات الجنسية من عطل او انحراف وهي العلاج النفسي والعلاج الدوائي بما في ذلك الهرمونات والعلاج السلوكي بالطرق التقنية الحديثة . وفيما يلي مختصر لنتائج علاج هذه الاضطرابات كما هي معروفة الان.

علاج حالات العطل الجنسي

هنالك عدة حالات هامة من العطل الجنسي ترد اكثر من غيرها في شكوى كل من الذكر او الأنثى واهم هذه واكثرها ورودا في الذكور هي 1 - حالات العنة 2- حالات القذف

السريع 3 - حالات القذف المتاخر او البطيء . اما في الأنثى فاهم هذه الحالات هي 1 - حالات العطل الجنسي العام 2 - عطل الذروة 3- تشنج الفرج .

علاج عطل الذكر

1- العنة

تستجيب العنة ، خاصة العنة الثانوية (المستحدثة) لعدد من الوسائل العلاجية . وان كانت الاستجابة متفاوتة تبعا للطريقة العلاجية وللقائمين بها . فهنالك ادعاء بان العلاج النفسي التحليلي المطول (لمدة عامين) يشفي العنة في 77% من الحالات . اما العلاج النفسي التبصيري والاقل عمقا فانه يشفي بعد عامين من العلاج بمعدل 46% من الحالات اما الطرق العلاجية التي تركز على العارض في حد ذاته ، كالعلاج السلوكي ، فقد وجد بانه يشفي في 43% من الحالات . اما العلاج بطريقة ماسترز وجونسون فهو يؤدي الى شفاء في 74% من حالات العنة الثانوية (مع وجود انتكاسة في 11% من هذه الحالات) ، وبشفاء 60% من حالات العنة الاولية . وعلى العموم فان النتائج العلاجية والمصير المستقبلي لحالات العنة الاولية ، وهي العنة التي لم يستطيع فيها الفرد ابدا العلاقة الجنسية الكاملة ، هي اقل حظا من الشفاء من العنة الثانوية ، وهي العنة الطارئة على خلفية من العلاقة الجنسية الكاملة في الماضي) والمبدا الذي يفرض نفسه في معظم حالات العنة هو ان حظها بالشفاء يعتمد الى حد ما على المقدرة على السيطرة على الظروف الحياتية للشخص العنين ، وخاصة في علاقاته مع شريكه الجنسي . ومن العوامل الاخرى الفعالة هي مدى الاستعداد العضوي للفرد نحو العنة واستعداده النفسي للاثارات العاطفية ، فكلما زاد الاستعداد لهذين العاملين ، كلما كان فعل علاج العنة ، مهما كانت طريقته اما فعلا قليل الفائدة او غير ملائم .

2- القذف السريع

النتائج الايجابية لهذا النوع من العطل الجنسي هي افضل من نتائج علاج اي عطل آخر وافضل الوسائل العلاجية هي طريقة ماسترز وجونسون ، والتي يدعي بانها تزيل هذا العطل بمعدل 98% من الحالات ، وفي فترة علاجية لا تتجاوز الاسبوعين من العلاج المركز باستعمال اما

طريقة (العصر) او طريقة (توقف وابدا) وهذه النتائج هي افضل بكثير من نتائج العلاج بالطرق التحليلية او العلاج الزوجي او العلاج السلوكي . والذي يلاحظ في علاج هذا العطل هو ان نتائجه مستقلة نسبيا عن طبيعة العلاقة بين الشريكين وعن المحتوى النفسي الداخلي للرجل الذي يعاني من العطل .

3- القذف البطئ

في راي بعض المعالجين النفسيين ان التحليل النفسي هو افضل وسيلة علاجية لهذا العطل الذي يفترضون بان اسبابه غير واعية وذات صلة (بعقدة اوديبوس) غير ان نتائجهم العلاجية بهذه الطريقة مشكوك فيها على احسن تقدير . ويعطي بعضهم نسبة من الشفاء بالعلاج التحليلي المطول تقع في حدود نصف الحالات . غير ان العلاج بطريقة ماسترز وجونسون تعطي نتائج ايجابية بحوالي **60%** من الحالات وفي زمن علاجي لا يتجاوز الاسبوعين . وتفيد تقارير المعالجين لهذه الحالة بان علاج اولئك الذين يعانون من قذف بطيء مطلق (الذين لم يبلغوا الذروة ابدا) هو امر في غاية الصعوبة ، بينما حالات القذف البطيء الثانوية (التي يتوصل فيها الفرد الى الذروة احيانا) فان علاجها اكثر حظا بالنجاح . ولعل افضل النتائج تاتي عن طريق استعمال طريقة ماسترز وجونسون بالاضافة الى العلاج النفسي القصير .

علاج عطل الأنثى

اشكال العطل الجنسي الهامة عند الأنثى هي ثلاثة – تشنج الفرج والنهي الجنسي العام وامتناع الذروة ، وهنالك من يجمع النوعين الاخيرين بحالة واحدة يطلق عليها اسم البرودة او عطل الذروة

1- تشنج الفرج

افضل النتائج في هذه الحالة امكن الوصول اليه بطريقة ماسترز وجونسون ، وذلك باتباع الاسلوب المعروف (بالتوسيع المتزايد للفرج المتشنج) ، وذلك خلال اسبوعين من العلاج المركز . وتفيد التقارير عن هذه الطريقة بانها اعطت نجاحا في مئة من المئة من الحالات .

هذا وهنالك من يعتقد بان استعمال هذه الطريقة مع (تعليم الأنثى) يعطي نتائج اكثر استدامة . ومن الطرق المستعملة ، طرق العلاج النفسي والعلاج الزوجي ، غير ان نتائجها غير مشـــجعة وهنالك من يعالج هذه الحالات جراحيا لتوسيع الفرج ، غير ان لهذه الطريقة ان تسبب معانـــاة نفسية ، كما ان نتائجها تعتمد على مدى تمكن المعالج من اطفاء حالة الخوف والفـــزع الـــذي تعانيه الأنثى من مجرد التفكير او توقع عملية الولوج . وهو الخوف الذي يكمن وراء الانعكاس العصبي الذي يؤدي الى التشنج .

2- العطل الجنسي العام

يقع ضمن هذا المصطلح الحالات التي تكون فيها الأنثى غير راغبة في العلاقة الجنسية ، او انها غير قادرة على الاستجابات الجنسية الفيزيولوجية المعتادة ، مثل الترطيب وتضخم اعضائها الجنسية ، والهدف العلاجي في هذه الحالة هو تنشيط استجابة الأنثى للاثارات الجنسية . وعلى العموم فقد وجد ان طريقة ماسترز وجونسون بدرجاتها التصاعدية هي افضل الطرق العلاجية ، غير ان نجاح هذه الطريقة او اية طريقة اخرى لابد ان يعتمد في النهاية على مدى قبول او رفض الأنثى لشريكها حياتيا وجنسيا ونفسيا .

3- عطل الذروة

هدف العلاج في هذه الحالة هو اطفاء عامل النهي عن الذروة . وطريقة الاطفاء تتطلب توفير الاثارة الجنسية الكافية من حيث القوة والمدة الزمنية ، وتوفير الظروف الملائمة للعلاقة الجنسية من وجهة نظر الأنثى . واذا توافر كل ذلك ، فان العلاج يعطي نتائج تكاد تكون كاملة في هذا النوع من العطل الجنسي . وهنالك مسالة العلاقة بين تحقيق الذروة وبين مواطن الاثارة ، فقد وجد بعض الباحثين بان ثلثي الاناث في عيناتهم الدراسية يصلن الذروة عن طريق اثارة البظر ، واذا صح ذلك ، فان هذه الاثارة قد تصبح هدفا علاجيا بالنسبة لبعض الاناث ممن يعانين من هذا العطل بسبب ممارستهن للاثارة الفرجية فقط اثناء العلاقة جنسية .

الطرق العلاجية الجنسية الحديثة

الطرق العلاجية الحديثة لعلاج العطل الجنسي تشمل عدة تقنيات اساليب علاجية ظهرت كلها بعد سنة **1970** وهي السنة التي نشر فيها ماسترز وجوسنون كتابهما المشهور العجز الجنسي في الانسان ، والذي اصبح معلما ونقطة تحول في موضوع علاج العطل الجنسي . وقد تضمن الكتاب المبادئ الاساسية لتقنية علاجية جديدة يمكن اعتبارها ضمن نطاق علم النفس التطبيقي. فهي تستخدم اسلوب التعليم والتمارين السلوكية والعلاج النفسي القصير . واهم ما في هذه التقنية العلاجية هي سهولة تطبيقها في الظروف الملائمة ، وقصر المدة اللازمة لها والتي لا تتجاوز الاسبوعين من العلاج المركز ، والنتائج الايجابية لاستعمالها ، وكل هذه الميزات تجعل من هذا الاسلوب العلاجي فتحا جديدا في علاج العطل الجنسي لا يضاهيه ايجابية اي اسلوب علاجي آخر مهما كان نوعه من تحليلي نفسي ، او سلوكي او دوائي او هذه الاساليب في مجموعها .

ان الطرق العلاجية الجديدة عديدة ، ومعظمها يرتكز على التقنية الاساسية لطريقة ماسترز وجونسون . وفيما يلي شرح مختصر لطريقة ماسترز وجونسون والطرق الاخرى المتفرعة منها ، والمعروفة جميعها بالطرق الحديثة في العلاج الجنسي .

1- طريقة (مواطن التحسس)

هذه الطريقة هي الاسلوب العلاجي الذي ابتكره ماسترز وجونسون ، والغاية المنشودة منه هي في ان يتوصل الشريكان في العلاقة الجنسية الى معرفة ما يثيرهما جنسيا ، وكيفية اثارته بصورة تؤدي الى الاستجابات الجنسية الكاملة ، ويقوم طرفا العلاقة بتبادل الادوار بالقيام بلمس او العبث في المواطن الجسمية التي تثير شعور اللذة في شريكه . ويقضي اسلوب العلاج مشاركة الزوجين في العملية العلاجية ، كما يقضي بامتناع الشريكين عن اية علاقة جنسية فعلية اثناء فترة العلاج المقررة ، وهنالك ثلاث خطوات في العملية العلاجية . ففي الدور الاول من العلاج يشجع الاتصال بين الطرفين بما في ذلك التحسس بالاثارات التي يحدثها عبث شريكه في جسمه ما عدا الاعضاء الجنسية ، ويحث الشريكان على تبادل المعلومات حول هذا

التحسس ، وفي الدور الثاني يضاف الثديان والاعضاء الجنسية الاساسية الى مواطن الاثارة على ان يتوقف ذلك عند حدود الذروة . وفي الدور الثالث تجري محاولة الولوج ، وخلال فترة العلاج يعطى المشاركان الاسناد النفسي الضروري للتقليل من شعورهما بالقلق وتسلط الشعور بعجزهما عن اتمام العلاقة الجنسية .

وقد افاد مبتكرا هذه الطريقة بانها ادت الى شفاء حوالي 80% من المصابين بعطل جنسي وهي نسبة اعلى بكثير من نسبة النجاح في اي طريقة علاجية اخرى من نفسية او سلوكية او دوائية ، وخاصة في علاج حالات العنة ، فنسبة الشفاء في حالات العنة الثانوية بلغت 74% من الحالات ، وبلغت 60% في حالات العنة الاساسية ، وهي العنة التي كانت في السابق مستعصية الشفاء في معظم الطرق العلاجية . ومن حالات عطل الذروة في الأنثى ، فاستعمال هذه الطريقة العلاجية قد ادى الى حدوث الذروة بنسبة 83% من حالات العطل الاساسي للذروة في الأنثى، والى حدوثها بنسبة 77% من حالات العطل الثانوي للذروة . ومع الفائدة التي تكمن في طريقة ماسترز وجونسون في حد ذاتها ، الا ان نتائجها تعتمد الى حد غير قليل على رغبة الزوجين في التغلب على صعوبات علاقتهما الجنسية وعلى مقدرتهما على التخلي عن مواقفهما العدائية او المناهضة الواحد تجاه الاخر اثناء العلاج ، وعلى استعدادهما لقبول الواحد منهما للاخر كشريك جنسي وعلى استعدادهما للعمل معا في سبيل تحقيق علاقة جنسية افضل . واذا توافرت مثل هذه المتطلبات ، فان من الصعب تعيين نسبة النجاح العلاجي لكل من الطريقة في حد ذاتها او لعف هذه العوامل .

طريقة سيمانز – توقف وابدا

بنيت هذه الطريقة على اساس الملاحظة بان القذف عند الذكر يحدث قبل اوانه اذا كان لا يشعر بالاحساس بان القذف اصبح وشيكا وهكذا فان من راي سمان زان العلاج الصحيح يجب ان يتوخى تمكين الفرد من هذا الاحساس . وذلك بحمل الرجل على تركيز انتباهه على حالة الاثارة وبدون ان يقذف حالا . وسمى سيمانز اسلوبه العلاجي بتقنية (توقف وابدا) وفيه يحمل الرجل على التوتر الكامل بمساعدة شريكته ، وعندما يهم بالقذف تتوقف شريكته عن الاثارة

فيرتخي ، ثم يعود ثانية ، وقد افاد سيمانز بانه اصاب نجاحا كاملا بهذا الاسلوب في علاج حالات القذف المبكر ، في خلال شهر .

طريقة ماسترز وجونسون _ العصر

هذه الطريقة هي تعديل او تنويع لطريقة سيمانز توقف وابدا وفي هذه الطريقة كما في الطريقتين السابقتين ، فان تطبيقها يتطلب المشاركة بين الذكر والانثى . وفي هذا الاسلوب العلاجي تقوم الأنثى باثارة الذكر باي طريقة كانت يختارها الشريكان ، وعند الانتصاب وحالما يهم الذكر بالقذف تقوم شريكته بعصر القضيب تحت حافة حشفة القضيب لمدة ثواني معدودة وهذا العصر يؤدي الى ايقاف القذف . ويتكرر الامر عدة مرات ، وفي نهايتها يسمح بالقذف . وقد ادت هذه الطريقة الى تاخير القذف باطالة دور الهضبة . وهو الدور الثاني من ادوار الاستجابة الجنسية . والذي يمكن اطالته الى حدود 15- 20 دقيقة في الذكر .

الفصل الثالث

الفروق بين الذكر والأنثى في السلوك الجنسي

الفروق بين الذكر والأنثى في السلوك الجنسي

البحث في الحياة الجنسية لكل من الذكر والأنثى يظهر بعض الفروق العامة بينهما . وتشمل هذه الفروق الدافع الجنسي والسلوك الجنسي لغرض إرضائه . ويبدو لاول وهلة ان هذه الفروق تعيق التوافق بين الجنسين وبالتالي من تحقيق الأهداف الآنية او النهائية للجنس . غير ان تامل هذه الفروق يفيد بأنها تخدم عملية التكامل الجنسي وتؤدي الى تحقيق ضرورات بايولوجية واجتماعية وحضارية يسعى وراءها الانسان من كلا الجنسين بدون ان يفكر في امرها تفكيرا واعيا . ومع ان هذه الفروق لا تتضح في كل حالة ، الا انها مع ذلك متوافرة والى الحد الذي يمكن ملاحظته والبحث فيه ، غير ان لها ان تزيد او تقل طبقا لطبيعة كل فرد ذكرا او انثى ، وبفعل عوامل اجتماعية وحضارية متعددة ، وفيما يلي بعض مجالات الفروق بين الجنسين في معالم حياتهم الجنسية من دافع او سلوك .

التنويع والتعدد

تفيد الملاحظات والدراسات بان الذكر هو اكثر ميلا للتنويع في علاقاته الجنسية من الأنثى . وهذه ملاحظة متكررة في كل مجتمع وكل بلد في العالم ، كما انها ملاحظة متواترة عبر العصور والحضارات . ولعل جميع الذكور تقريبا يميلون الى تحقيق هذا التنوع والتعدد في علاقاتهم الجنسية لو لم تكن هنالك موانع اجتماعية . وقد افادت احدى الدراسات الواسعة حول هذا الموضوع بان حوالي 84% من 165 مجتمعا معاصرا تمت دراستها . يسمح فيها للرجل بان يتخذ اكثر من شريكة جنسية في زمن واحد ، بالزواج او بصفة اخرى . وافادت دراسة اخرى بان الرجل اكثر بكثير من النساء ميلا للتنويع في العلاقات الجنسية . وقد فسرت هذه الظاهرة على اسس بايولوجية ، فالتنويع عند الذكر يخدم غرض تأثيل وتأكيد استمرارية الوراثة ، كما يخدم عرض تمكينه من توسيع مجال الاختيار الطبيعي والذي يخدم بدوره استمرارية الوراثة والتنويع والتطور . اما من ناحية الأنثى ، فان تحديد ميلها للتنويع يفسر على اساس بايولوجي اجتماعي ، فهي بحكم طبيعتها البايولوجية وموقعها الاجتماعي لا تستطيع ان تضمن استمرارية وراثتها الا عن طريق ذاتها ، ومثل هذه الامكانية تتحدد بفترات

الحمل المتباعدة والمحدودة ، وهي لذلك يجب ان تحصر علاقاتها الجنسية بما لا يخرج عن اطار الزواج .

المبادرة

ان الذكر وليس الأنثى ، هو الذي يقوم بالمبادرة الاولى لاستمالة الجنس الآخر وعلى عكس ما هو الحال عند الأنثى التي تبدي تحفظا وقدرا من ضبط العاطفة وحتى الى حدود الاعراض والممانعة ، وهذه ظاهرة توجد في مراتب اخرى دون مرتبة الانسان ، ومحاولة الذكر لاستمالة الأنثى ، وممانعة الأنثى ، لا يمثل فقط سمة حضارية واجتماعية ، وانما فيه على الغالب ما يقرره بايولوجيا ، ذلك ان هذا الفارق في سلوك الذكر والأنثى قد يذكي رغبة الذكر ، وان يعطي المجال الكافي للأنثى للبدء في استجاباتها الجنسية وهي على العموم ابطأ من الرجل بكثير في تكوين هذه الاستجابات .

التملك

النزعة لتملك الشريك تظهر عند كل من الذكر والأنثى ، وقد تكون بدرجات متساوية عندهما ، وان كانت دوافع التملك مختلفة . ففي الذكر ، فان الرغبة في التملك قد تكون بدافع الرغبة في الابقاء على ذريته واستمراريتها ، وهو امر لا يضمن الا بالاحتفاظ بشريكه الجنسي اما الأنثى فان نزعتها للتملك لشريكها تمثل مسعاها للابقاء على ما يفي بحاجاتها وحاجات اطفالها . ولعل هنالك دافعا مشتركا للتملك بين الاثنين ، وهو دافع نجد اصوله في حاجتهما للالفة والمصاحبة .

الهجران

ظاهرة هجران احد الجنسين لشريكه توجد في الانسان كما توجد في كائنات اخرى وخاصة الطيور . والهدف من الهجران هو تمكين الذكر من تأكيد النجاح من التكاثر بالانتقال إلى انثى اخرى ، اما الأنثى فهي لا تقدم على ذلك لما يعنيه ذلك من خسارة لاستثمارها البطيء

في الاولاد . وقد افادت الاحصائيات في امريكا مثلا بان هجران الرجل للمرأة يحدث بنسبة تقارب العشرين ضعفها لهجران المرأة للذكر .

المحرمات

السلوك الجنسي (المحرم) حضاريا واجتماعيا ودينيا ، يرتكبه الذكور بنسبة اعلى بكثير من ارتكاب الاناث له ، فأكثر انواع الجنسية المحرم وقوعا هي العلاقة بين الاب وابنته واقلها وقوعا هي العلاقة بين الام وابنها . وقد افادت الدراسات والاحصائيات في اكثر من مجتمع بان علاقة الاب بابنته ، وهي جنسية محرمة يرتكبها الذكر بحق الأنثى ، تزيد وقوعا بما لا يقل بمئة مرة عن العلاقة الجنسية المحرمة بين الام وابنها ، وهي علاقة تندفع اليها الأنثى . وتفسر قلة اقبال الأنثى على الجنسية المحرمة بالمقارنة مع الذكر على اساس بايولوجي وحضاري . ومن الحقائق الطريفة في هذا الموضوع . ان القردة والشمبانزي تظهر فروقا في ممارسة الجنسية المحرمة ، فبينما يمارسها الذكر الاب مع الأنثى من نسله ، الا ان الام لا تمارسها مع الذكر من نسلها ، مما يؤكد وجود عامل بايولوجي مقرر . وهنالك نظرية بايولوجية اجتماعية تفسر ممارسة الذكر اكثر من الأنثى للعلاقة الجنسية المحرمة على اساس ان هذا السلوك هو سلوك تكيفي ويخدم في الاصل غرض التكاثر حاله في ذلك حال تعدد الزوجات او تعدد العلاقات الجنسية ، غير ان هذا الغرض لا يصبح فعالا في حضارتنا الا اذا تهيأت الظروف النفسية والاجتماعية الملائمة ضمن المجال العائلي ، غير ان هذه الظروف يجب ان تكون شديدة القوة لكي تستطيع التغلب على التحريم الحضاري للمارسة .

فروق العمر

ان الذكر يكبر الأنثى بعدة سنوات عند ابتداء قيام العلاقة الزوجية او العلاقة مع شريك جنسي ، وهذا واقع قديم وما زال قائما حتى الآن في معظم الحضارات والمجتمعات . وفي تفسير هذه الظاهرة تقدم النظرية بان الذي يقرر هذا التفاوت في العمر هو عامل بايولوجي يضمن توفير انسب الامكانيات للتخصيب والتكاثر ، فامكانيات الأنثى محدودة ، وهي تبدأ

بصورة افضل في الصغر وتقل تدريجيا مع تقدم العمر . اما العامل الثاني فهو عامل اجتماعي ذلك ان توافر شريك للأنثى يكون اكبر منها سنا فيه ضمانة اعظم لمستقبلها ومستقبل اولادها .

العروض الجنسية

يمارس الكثير من الكائنات الحية من الحشرات وحتى مراتب الانسان سلوكا ينوه بالرغبة او الحاجة الى شريك جنسي معين . ومثل هذه المبادرات تحقق اهدافها بايولوجية فهي تجذب الانتباه وتثير الرغبة وقد تنتهي بالعلاقة الجنسية وما يترتب عليها من مصاحبة او تكاثر . وفي حياة الانسان يمارس كلا الجنسين شكلا او آخر من السلوك الذي يعرض اختيار ورغبة طرف لطرف آخر ، غير ان للرجل اسلوبه وللانثى اسلوبها . وعلى العموم فان الأنثى اقل لجوءا واستغلالا لاعضائها الجنسية من الرجل لغرض جلب الانتباه والاثارة . ولعل الذكر من بني الانسان اكثر اقترابا من الحيوانات في طرق ممارسته لعروضه الجنسية ، وهي الطرق التي تهدف في الاساس الى تحقيق الاجتذاب بين الجنسين لغرض التكاثر وتوافر الغذاء والحماية للأنثى ونسلها . ولعل ما يقوم به كل من الذكر او الأنثى من جواذب خاصة به ما زال يخدم هذه الاغراض وان كانا لا يعيرانه اهتماما واعيا .

الاثارة الجنسية

قلما تحدث الاثارة الجنسية بصورة تلقائية ، وفي الحالات التي يبدو فيها ان مثل هذه الاثارة قد حدثت تلقائيا ، فان البحث يفضي عادة الى توافر عامل مثير للرغبة . وحتى في النوم ، فان الاثارة الجنسية وما قد ينجم عنها من استجابة الاستحلام ، فان محتوى الحلم يكون العامل المثير للدافع والاستجابة الجنسية ، والبحث فيما يثير الدافع الجنسي في الأنثى والذكر يظهر فروقا واضحة بينهما ، فالذكر على العموم يثار اكثر من الأنثى عن طريق الفكر والخيال والاحاسيس العامة ، بينما الأنثى تثار موضعيا اكثر من الذكر ، وهي تعتمد اعتمادا اساسيا على هذه الاثارة الموضعية لاذكاء رغبتها واستجاباتها الجنسية . والذكر يثار بما يراه بعينيه من الجواذب الجنسية في الأنثى ، اما الأنثى فهي اكثر تأثرا باذنيها ، ولعله لهذا السبب قيل ان الرجل يحب بعينيه والأنثى تحب باذنيها . وربما لهذا السبب ايضا يفضل الذكر ممارسته

الجنسية بعين مفتوحة وفي الضياء ، بينما تفضل الأنثى اغماض عينيها حتى في الظلام . ولهذا ان يفسر ايضا اعتماد الذكر على الجواذب المرئية في الأنثى بما في ذلك وسائل التطرية والتجميل واللباس ، وسعي الأنثى لارضاء هذه الحاجة عند الذكر ، بينما يحاول الذكر جهدة اثارة الأنثى بالصوت ، والباحث في السلوك الجنسي عند مراتب حيوانية عديده يجد بعض مظاهر هذه الفروق من حيث تأثير اللون والصوت في الذكر او الأنثى . وللرائحة اثر هام في الاثارة الجنسية عند الذكر والأنثى ، ولعل لهذه الحاسية اهمية اقل بالنسبة للذكر ، ولذلك فهو يحتاج الى روائح نافذة ومصطنعة لاثارته ، بينما الأنثى تثار بصورة اكثر وضوحا بالروائح الجسمية للذكر وعلى صورتها الطبيعية .

الذروة

من الفروق الاساسية بين الجنسين في حياتهما الجنسية هو تحقيق الذروة . فالاكتفاء الجنسي والشعور باللذة والانفراج ، كلها لا تتم عند الذكر الا بحصول الذروة ، وهي المرحلة القصيرة والاخيرة من عمليات الاستجابات الجنسية ، وبدون الوصول الى هذه المرحلة واتمامها ، فان الذكر يشعر بان استجابته الجنسية قد توقفت عند حد الاحباط والفشل . وعلى العموم فان الذروة لا تحدث في نسبة عالية من الاناث ، وفي نسبة كبيرة من العلاقات الجنسية وتظهر استطلاعا رأي الاناث في هذا الموضوع ان عدم حصول الذروة لا يسبب بالضرورة احباطا جنسيا للأنثى ، فهي تعتمد الى حد بعيد ، وربما اعتمادا كليا في الكثير من الحالات على عملية المشاركة الجنسية والتوافق في العاطفة مع شريكها الجنسي وبصرف النظر عن تحقيق الذروة او عدمه .

اللذة والألم

تتوافر عناصر اللذة والالم في الحياة الجنسية لكل من الذكر والأنثى ، وهذه العناصر تظهر في المجالين النفسي والجسمي ، وبدرجات متفاوتة بين المجال او الآخر وبين فرد وآخر وبين علاقة جنسية واخرى . وتؤيد معظم الملاحظات ان عامل اللذة هو اكثر فعالية وتوجيها للحياة الجنسية عند الذكر ، كما ان ممارسة الايلام للأنثى اكثر وضحا وتكرارا عند الذكور . اما

عنصر الالم فهو اكثر وقوعا عند الأنثى ، فهي اقل سادية من الذكر واكثر مازوخية منه . وفي تفسير هذه الفوارق بين الجنسين ترد نظريات عديدة منها ان الذكر اكثر انانية ، او ان الذكر يؤكد سطوته بايلام الأنثى ، ان ان ايلامها يذكي دافعها الجنسي ، او ان قبول الأنثى بالالم هو الثمن الذي تدفعه مقابل ما يعطيه الذكر لها من ضمانة اجتماعية ومادية ومعنوية . غير اننا في تفسير هذه الظاهرة يجب ان لا نغفل امكانية توافر مقررات بايلوجية تقضي بضرورة قيام هذه الفوارق بين الجنسين . ومن النظريات في هذا الشأن ان احداث الالم في الذكر وقبوله في الأنثى فيه اشارة الى الهدف من العلاقات الجنسية ومن انها نفذت بالصورة التي تضمن الى حد بعيد عملية التخصيب والتكاثر . ولعل هذه النظرية تتفق مع ما يلاحظ من توافر عناصر السادية والمازوخية في حيوانات اخرى دون مرتبة الانسان والتي فيها يوقع الذكر على الأنثى قدرا غير قليل من الايلام .

الدورات الجنسية

هنالك فروق اساسية بين الجنسين في موضوع العلاقة بين الزمن والجنس ، فبينما الذكر لا يتأثر كثيرا بالدورات الزمنية بعد وصوله الى سن البلوغ ، الا ان الأنثى تتاثر كثيرا في حياتها الجنسية بما تتعرض له من دروات او ادوار بايولوجية مقررة كالدورة الشهرية ، وسن اليأس ن والحمل ، والولادة ، والرضاعة . وهنالك ايضا فعل الزمن في حد ذاته على الدافع والقوة الجنسية في الجنسين . فبينما الذكر يبلغ اقصى دوافعه في مرحلة المراهقة ثم يتنازل تدريجيا مع مرور الزمن ، الا ان الأنثى تبدأ دوافعها الجنسية بعد سنوات من الذكر ، وتحافظ على مستواها الى سن يزيد على سن الذكر . ولعل اهم الفروق بين الجنسين تقع في مجال الدورة الشهرية ، وهي الدورة التي تميز حياة الأنثى وليس لها ما يماثلها في الذكر . ان الدورة الشهرية للأنثى تبدأ بالعادة الاولى (الحيض الاول) غير ان ابتداء ذلك لا يدلل في الأنثى لا على ابتداء الحياة الجنسية ولى على مقدرتها على الحصول على الذروة ، على عكس ما يحدث في حياة الذكر عند البلوغ ، والذي يأذن بلوغه باكتمال دافعه الجنسي ومقدرته على التخصيب والحصول على الذروة . ولابد للأنثى من الانتظار لسنتين في الاقل لكي تستيقظ دوافعها الجنسية ، ولمدة اطول لكي يمكن حصولها على الذروة . وحتى هذا فهو غير مضمون

في العديد من الاناث . وباستقرار الدروة الشهرية ، فقد بينت الدراسات ان الأنثى تمر بنسق معين من حيث دوافعها واستجاباتها الجنسية ، فهذه تكون ادنى ما تكون في بداية الدورة الشهرية ثم تزداد تدريجيا لتبلغ اقصى قوتها في منتصف الدورة ، ومن بعدها يصعد الدافع معه الاستجابة الجنسية الى حد اقصى وبصورة حادة ، والى مستوى يماثل المستوى عند منتصف الدورة . ومن الجلي ان هذه الخصائص اضافة الى ما يلاحظ من تغيرات في الحياة الجنسية للأنثى في حالات الحمل والولادة والرضاعة وسن اليأس ، فانها تخضع الى فعل مقررات بايولوجية وفيزيولوجية خارجة عن ارادة الأنثى او عن فعل العوامل الاجتماعية والحضاريةوهي لابد ان تهدف الى تحقيق التكاثر وبقاء الجنس .

الفصل الرابع

القوة الجنسية

القوة الجنسية

هنالك مصطلحات عدة تستعمل احيانا كمرادفات للقوة الجنسية ، وهذه المصطلحات قد وضعت في وقت او اخر للتعبير عن وجهة نظر معينة فيما يتعلق بناحية او اخرى من الحياة الجنسية ، ومن المصطلحات المتواترة الاستعمال في المجال الطبي او العام مصطلح الغريزة الجنسية **Sex Instinct** . والدافع الجنسي **Sex Drive**، والرغبة الجنسية **Sex Desire** والاستجابة الجنسية **Sex Response** والأداء الجنسي **Sex Performance** والطاقة الجنسية (اللبيدو **Libido**) . ومن تأمل هذه المصطلحات يتبين لنا أنها تجمع بين ما ينوه بالاساس البايولوجي (الغريزة والطاقة والدافع) وبين ما ينوه بالأساس النفسي (الرغبة الجنسية) ، وبين ما ينوه بالاساس الفيزيولوجي لهذه المصطلحات ، الا انها جميعها تكون نواحي مختلفة من عملية واحدة متكاملة وهي العملية الجنسية بمعناها الشامل . وتعبير القوة الجنسية ، هو احد مظاهر هذه العملية كما تتحقق في الاستجابة الجنسية ، وهي عملية فيزيولوجية . وفي الأداء الجنسي ، وهي عملية فيزيولوجية ايضا ، في الاقل من حيث مكوناتها المباشرة . غير ان من الواضح ان هذه القوة الجنسية بدلالاتها الفيزيولوجية لا تقوم بمفردها ، فهي تعتمد في اصولها على (الطاقة) او (الغريزة) الجنسية ، وهي قوة بايولوجية اساسية كامنة في الكائن الحي ، كما انها تعتمد على اسس اخرى عاطفية ونفسية لها ان توجه الطاقة الجنسية وتثيرها وتدفع الى تحقيقها . وهكذا فان اي بحث في القوة الجنسية لا بد ان يجرنا في النهاية الى ضرورة البحث في جميع العوامل المتفاعلة والمجتمعة والمتظافرة في تكوين العملية الجنسية ، وهي العوامل البايولوجية والفيزيولوجية والنفسية .

ان مصطلح (القوة الجنسية) في هذا المجال من البحث يقتضي تحديده بدرجة القوة المستخدمة في عملية الأداء الجنسي ، او بشكل ادق فانها مقياس الاستجابات الفعليـــة اثنـــاء العملية الجنسية ، وهي الاستجابات التي يحكم عليها الفرد القائم بالعملية الجنسية بانها قويـــة او ضعيفة ، وذلك تبعا لمفهوم القوة والضعف في تجربته الخاصة وقياسا بما يعرفه عن تجارب الآخرين . ومن الواضح ان هذه القوة تتفاوت في تجربة فرد وآخر ، كما انهـــا تتفـــاوت تبعـــا

لمراحل العمر ، ولها ان تختلف في الفرد نفسه في ظروف مختلفة من حيث المكــان والزمــان ومن حيث للفرد . وكل هذه العوامل لها ان تشارك في تقرير الاستجابة الجنسية والاداء الفعلي الجنسي في كل عمل جنسي . ولعدم ثبات هذه العوامل على مستوى معين من الفعالية ، فــان العملية الجنسية يمكن لها ان تتراوح في الفرد الواحد بين حدود واسعة من القوة فــي الاداء . واكثر ما يحدث هذا التراوح في حياة الافراد الذين تتخذ حياتهم العامة والخاصة نواحي مختلفة من التعبير ، وتتوزع اهتماماتهم في اكثر من مجال واحد ، اما اولئك الــذين ضــاقت حيــاتهم العامة او الخاصة وانحصرت في حدود قليلة معينــة ، فــان التغييــر فــي مســتوى القــوة الجنسية ، ان حدث ، فانه يحدث في حدود غير واسعة . وفيما يلي خلاصة لبعض الملاحظــات والدراسات والروايات عن القوة الجنسية والعوامل المؤثرة في تكوين هذه القوة .

القوة الجنسية في الأطفال

ليس هنالك من شك في وجود حياة جنسية في الاطفال منذ بداية اعمارهم . ووجود مظاهر هذه الحياة بشكل او اخر يكشف عن وجود الطاقة البايولوجية الكامنة للأداء الجنسي . غير ان مظاهر الحياة الجنسية في الاطفال ، كما سبق وان بينا في القسم الخاص عن الحياة الجنسية في الاطفال ، هي مظاهر متعددة الأشكال ، ولا تتحدد في المنطقة الجنسية عضويا الا في فترة متأخرة من نمو الاطفال . ولهذا فان من المتعذر قياس القوة الجنسية عضويا الا في فترة متأخرة من نمو الاطفال . ولهذا فان من المتعذر قياس القوة الجنسية في الأطفال بشيء من الدقة والموضوعية . ويضاف الى هذه الصعوبة في الملاحظة أن الطفل نفسه لا يستطيع وصف درجة القوة التي يتمتع بيها ، كما اننا لا نستطيع قياس القوة الجنسية عند الطفل او الحدث النامي بمقارنتها مع البالغين والمراهقين وغيرهم من الكبار النامين . غير ان هنالك بعض الدلالات التي تشير الى ان ما يتمتع به الطفل من طاقة او دافع جنسي وذلك بما قد يظهر من ابكار في الممارسة الجنسية وتكرار والحاح فيها ، وهو ما يعبر عنه احيانا (بالجنسية المبكرة Sex Precocity) ومع ان هذه الظاهرة في الصغر تشير الى تدرج الطفل نحو نمو مماثل في الكبر ، الا ان ذلك ربما لا يحدث بالضرورة ، ويكون الانفتاح الجنسي المبكر مجرد فيض مبكر وعابر في حياة الفرد .

القوة ما بعد الطفولة

الاساس الذي يتخذه الباحثون في بيان القوة الجنسية يختلف في كل من الذكور والاناث ، فهم يعتبرون القذف المنوي **Ejaculation** اساسا للتقرير في الذكور ، والذروة اساسا في المرأة . ويكون عدد المرات التي يحدث فيها القذف في الذكر والذروة في الأنثى مقياسا للقوة . ومع ان هذا الاساس القياسي يعطي بعض الانطباع عن قوة الدافع والاستجابة الجنسية ، الا انه لا يتضمن قياسا صادقا لقوة الدافع او قوة الاداء ، فقد يحدث القذف وكذلك الذروة بدون قوة دافعة عظيمة . ومع هذا الاحتراز في قياس القوة ، الا ان القذف والذروة يكونان اساسا هاما للقياس لا يمكن الاستغناء عنه . هذا ونشير الى ان معدل السن الذي يحث فيه القذف في الذكور يتراوح بين **13-14** سنة (في دراسة كنزي) وهناك في الدراسات الاحدث التي تشير الى انه اكثر ابكارا في المجتمع الحديث ، كما انه ابكر من ذلك بكثير في بعض المناطق الحارة والمجتمعات الأقل حضارة . اما الذروة فان متوسط العمر لحدوثها هو في سن العشرين للأنثى (دراسة كنزي) وهو اقل من ذلك في المجتمعات المعاصرة والبدائية والحارة . وبالنظر لأن العلائق الجنسية لكل من الذكور والاناث لا تتم او لا تتيسر في وقت واحد بعد البلوغ ، فقد اتخذ الباحثون ايضا تكرار الممارسة الاستمنائية عند الاناث والذكور دليلا اخر على القوة الجنسية في مراحل العمر المختلفة . وقد درس كنزي هذا الموضوع بدقة في دراسته للحياة الجنسية عند الذكر والانثى ، وشملت دراسته موضوع القذف في الذكر والذروة في الذكر والانثى ، المتزوجين منهم والعازبين ، كما شملت عدد الممارسات الجنسية الفعلية للمتزوجين في مراحل مختلفة من العمر . ويستفاد من هذه الدراسة ان عدد مرات القذف عند الذكور يزيد على الثلاث مرات في الاسبوع بين سن الرابعة عشرة وسن الثلاثين ثم يهبط تدريجيا ليبلغ معدل مرتين اسبوعيا في السادسة والاربعين ، ومرة واحدة في الاسبوع او اقل من ذلك بوصول عمر الستين . اما في الأنثى فقد دلت دراسة كنزي على ان الذروة لا تدلل بالضرورة على قوة الحياة الجنسية عند المرأة ، فقد ظهر من دراسته بان **50%** فقط من غير المتزوجات في سن الخامسة والعشرين افدن بحدوث الذروة عندهن و **80%** من المتزوجات فقط في هذا السن ايضا افدن بالشعور بالذروة . وفي بيان تكرار حدوث الذروة في الأنثى والذكر من المتزوجين وغير المتزوجين ، افادت دراسته بأن الأنثى غير المتزوجة تظل امكانية

حصول الذروة عندها اقل من نصف المرة اسبوعيا (اي مره كل اسبوعين) طول انوثتها الممتدة من 15 -60 سنة ، اما في المتزوجات فانها تتراوح بين معدل اقصاه مرتان ونصف في الاسبوع الى نصف مرة في الاسبوع ببلوغ الستين ، بينما في الذكور العزب فان الذروة تبلغ معدل مرتين ونصف اسبوعيا عند البلوغ وتهبط الى مرة واحدة في الاسبوع ببلوغ الخمسين ، وفي المتزوجين من الذكور فهي تبلغ 31/2 مرات اسبوعيا في سن الثامنة عشر وتهبط الى اقل من معدل ذروة واحدة في الاسبوع ببلوغ الخامسة والخمسين .

اما معدل العلاقات الجنسية الزوجية فقد قام وستوف Westoff بدراسة ذلك (1974)، وافادت دراسته ، وهي دراسة تقارن ايضا بين هذا المعدل عام 1965 وعام 1971، ما يلي : يبلغ المعدل اقصاه وهو حوالي 12 مرة في الشهر في سن التاسعة عشرة وينخفض تدريجيا ليصل الى حوالي الثماني مرات في الشهر . ولم تظهر الدراسة فرقا في هذا المعدل بين عينتي الدراسة لعام 1965 وعام 1970 . وقد هبط هذا المعدل تدريجيا ليصل الى 81/2 مرة لعينة 1970 واقل من سبع مرات لعينة 1965 ببلوغ الثانية والثلاثين . وتلاقت المعدلات بخمس مرات في الشهر ببلوغ سن الخامسة والاربعين في كل من العينتين . وقد اعطت الدراسة معدلا شهريا عاما لجميع الاعمار الواردة (بين 19 -45) مقداره 6,8 مرة في الشهر لعينة 1965و 8,2 مرة لعينة 1970 . وهذا يبين زيادة واضحة في عدد الممارسات الجنسية في السنوات الاخيرة . ولعله يعكس اهتماما بالنواحي الجنسية اكثر مما يعكس واقع القوة الجنسية في الممارسين عبر الزمن .

القوة الجنسية في الكبر

كما اتضح من الدراسات التي اشرنا اليها فان هنالك هبوطا في القوة الجنسية في حدودها العليا الملاحظة بعد سن البلوغ وخلال فترة المراهقة والعشرينات من العمر وحى بلوغ مراحل العمر المتقدمة . وهذا الهبوط يتم بشكل تدريجي لا يلاحظه الفرد لحوثه عبر فترة زمنية طويلة ، ولتوافقه وتزامنه مع هبوط مشابه في الفعاليات الحياتية المختلفة خاصة الجسمية منها والتي تقع مع تقدم مراحل العمر . غير ان الفرد قد يصل الى حد من الهبوط الذي يوحي اليه بالعجز في قواه الجنسية ، وخاصة اذا ما توافرت الرغبة الجنسية ولم تتوافر معها

الاستجابة والاداء الجنسي الفعلي الناجح . هذا ولا يوجد سن قطعي في حياة اي انسان ، رجلا او انثى ، يمكن جعله حدا نهائيا لزوال القوة الجنسية . وهنالك روايات افادات كثيرة بان بعض هذه القوة تبقى وبشكل ناجح حتى ارذل العمر في عدد غير قليل من الناس . ومما يروى في تأييد هذا الامر ما افاد به الكبتن كوك عند زيارته لملك تونجا لابيتاكاكا **Lapetakaka** الثاني والبالغ من العمر **80** عاما، والذي عرف بانه كان يعتقد أن من واجباته الملكية ان يفض بكارة كل انثى بالغة ، فقد علم كوك ان الملك قد نفذ مهامه المقررة بين **8-10** مرات يوميا . غير ان حقائق الممارسة الجنسية والقوة الجنسية التي تتصف بها هذه الممارسات في الكبر تختلف عن هذا المثال الشاذ وغيره من الامثلة المتناقلة والتي لا تخلو من مبالغة . وعلى العموم فان عملية الكبر تقترن في الغالبية من الناس بتغييرات تدريجية في استجاباتهم وادائهم الجنسي تتجه كلها نحو الهبوط ، ونوجز هذه التغيرات بمايلي : يظل المسن يحصل على الانتصاب غير ان ذلك يتطلب لحدوثه اكثر من الثواني القليلة التي يحتاجها الاصغر سنا من الرجال . وعند حصول الانتصاب فان الرجل الاكبر سنا يستطيع الابقاء عليه لمدة اطول قبل وصوله الى الذروة غير انه اذا ما فقد الانتصاب مجددا . ويضاف الى ذلك ان التغيرات المعتادة في كيس الخصية ، (نهوض الخصيتين وامتلاءهما والافراز السائل السابق للقذف المنوي)، فانها جميعها تقل او تنعدم خلال دور الانتصاب في الرجل المسن . غير ان معظم التغيرات الفيزيولوجية تقع خلال دور القذف ، فعنصر الافراز مع الشعور الذي يصاحبه من حتمية القذف يمكن ان يختصر او ان لا يحدث ابدا، مما يؤدي على ان يشعر الفرد بالذروة على انها عملية ذات دور واحد فقط . وخلال عنصر الدفق فان هنالك تقلصات عضلية اقل ، ويتدفق المني بقوة اقل . اما دور الاستعصاء (الاسترخاء) **Refractory** ، فانه يطول فالكثير من الرجال في الخمسينات من العمر وما بعدها لا يستطيعون الحصول على تواتر انتصابي خلال **12-24** ساعة بعد القذف ، وهنالك انخفاض في الرغبة الذاتية للحصول على الذروة ، وهي ، اي الذروة ، تحدث بشكل اقل تكرارا في الكبر ، فالكبار يمكن لهم ان يجدوا لذة في الممارسة الجنسية بدون ضرورة القذف في كل مرة ، غير ان الذروة اذا اما حدثت لهم فانهم يجدون فيها لذة . وحالما تحدث الذروة ، فان دور الانحلال الذي يليها **Resolution** يصبح في المسن اكثر سرعة واطول مدة ممن هم اصغر منه سنا ، فالانتصاب يزول بسرعة وفي خلال ثوان

معدودة بالمقارنة مع المرحلتين الاطول زمنا لهذا الدور عند الرجل الاصغر سنا ، كما يصعب النهوض الجنسي بعده مباشرة .

اما في المرأة فان الكفاءة الجنسية يصيبها بعض التغيير الذي يصيب الرجل مع تقدم العمر . ويبدأ هذا التغير مع سن اليأس وخاصة في سن الخمسين وما بعده . والذي يحدث في النساء في هذه المرحلة هو الابطاء في حدوث وتمام الترطيب الكافي من افرازات الفرج ، وقد يستغرق ذلك 4 -5 دقائق بالمقارنة مع 15 -30 ثانية في الاناث الاصغر سنا ، اضافة الى ان ارتشاح السائل المرطب هو اقل غزارة ، ثم ان الفرج لا يتوسع او يطول بسرعة كما في السابق . ومع ان الذروة تحدث ، الا انها دون القوة التي هي عليه في سن اصغر . وهنالك غير ذلك فروق اخرى ، منها ان التقلصات العضلية المصاحبة للذروة تصبح اقل عددا وقوة كما ان دور الانحلال في المرأة ، كما هو الحال عند الرجل ، يتم بسرعة اعظم مع تزايد عمر المرأة . ومع ذلك تظل المرأة في سنها المتقدم قادرة على الحصول العديد من الذروات في ممارستها الجنسية ، وهي كالرجل في ذلك ، لا يوجد سن نهائي محدد لزوالها كليا . وهكذا فان الرأي العلمي السائد يفيد بان عملية التعمير الطبيعية لا تكون في حد ذاتها سببا كافيا لاحداث العطل الجنسي في اي من الجنسين ، وان كانت عملية الهبوط في حياة الأنثى هي اقل تسارعا واقل وضوحا مما هو عليه الحال في حياة الذكر في مستوى مماثل من العمر .

مدى القوة الجنسية

تتفاوت القوة الجنسية ، كما تظهر في الممارسات الجنسية المتنوعة ، في مدى واسع من مجال القوة ، فهنالك في الحد الادنى اولئك الذين ضعفت او خبت فيهم القوة الجنسية الى حد يوحي بانعدامها ، وهنالك على نقيضهم اولئك الذين يتصفون بقوى جنسية غير اعتيادية من حيث القدرة والتكرار . ويلاحظ هذا التفاوت ليس الفرق بين فرد وآخر فقط وانما ايضا في الفرد نفسه بين حين وآخر وبين مرحلة واخرى من مراحل العمر وبين شريك جنسي وآخر .

التفاوت في الفرد نفسه

ان ما من احد يحتفظ بقوته الجنسية على مستوى ثابت ومحدد ، ومع ان الفرد قد يتصف بقدر معين من القوة الا ان اظهار هذه القوة قد يقل في الكثير من الاحيان عن هذا المستوى بفعل عوامل متعددة منها ما هو جسمي او نفسي ، او ان ذلك يأتي بسبب الامعان في الممارسة او بسبب فقدان الرغبة الكافية الى غير ذلك من العوامل المقررة ، كما ان لهذا المستوى ان يرتفع احيانا اذا توافرت المثيرات والحوافز والمنشطات التي تشحذ الرغبة وتذكي الاستجابة وتعزز الاداء .

التفاوت بين الافراد

هنالك تفاوت فردي واسع يتراوح بين حدود الضعف الذي يقارب العنة الكاملة، والى حدود الشبق في الجنسين ، وقد يقتصر هذا التفاوت في المدى على مرحلة زمنية او ظرف معين ، غير انه قد يميز السلوك الجنسي بين الافراد خلال مدة طويلة من الزمن . ومن الروايات المتناقلة عن هذه الفروق ما يروى عن الفيلسوف كانت انه لم امرأة في حياته . بينما الروائي سيمنون Simenon ادعى بانه ضاجع عشرة الاف امراة ، او امرأة جديدة كل 50 ساعة . ويقال ان الانسة (دبوا Dubois) التي عاشت قبيل الثورة الفرنسية ، قد اعدت فهرسا للذين ضاجعوها خلال عشرين عاما فبلغ عددهم 16527 رجلا . اي ثلاثة رجال في اليوم الواحد . وافادت زوجة المجرم المعروف بـــ(خنّاق بوسطن) بانه كان يصر على مجامعتها 19 مرة في اليوم الواحد ، بينما معظم الرجال يفعلون ذلك مرة في الاسبوع . ويحكى ان الامبراطورة كاترين العظيمة قد اوصت بست مجامعات في اليوم ، وبانها مارست نصيحتها بالفعل . وقد تكون بعض هذه النماذج شاذة ، وبعض هذه الروايات مبالغ فيها ، غير انها مع ذلك تبين ما يمكن ان يحدث من تفاوت بين الافراد في مدى قوتهم الجنسية . هذا وتجدر الاشارة الى ان تنويه الفرد بقواه الجنسية الخارقة قد يدلل على وجود الضعف اكثر من توافر القوة ، كما ان ما يعرف عن بعض الرجال من اتخاذ زوجات او خليلات متعددات ، لا يدلل بالضرورة على القوة الجنسية . وقد يكون تعبيرا عن ضعف الرغبة او الطاقة الجنسية ، وما التعدد في بعض الحالات الا محاولة لاذكاء الرغبة الخابية بمدد جديدة وذلك باتخاذ شريك جديد

. وهنالك حالات غير قليلة ينتهي فيها زواج الفرد بعد ليلة وليلة ودور شهريار فيها يمثل العنة اكثر مما يمثل القوة .

الفروق العنصرية والحضارية

يتناقل الرواد والباحثون احيانا ما يفيد بوجود فوارق في القوة الجنسية بين بعض الشعوب والأقوام والحضارات . وفي تحليل هذه الفروق لا بد لنا ان نردها الى العوامل المختلفة التي يمكن لها ان تعمل في تكوين القوة الجنسية . فمن الممكن ان اجناسا بشرية خصت بايولوجيا بطاقة جنسية تفوق معدل ما خصت به اقوام اخرى ، وقد يكون للظروف المناخية اثرها في بدء الاستفاقة الجنسية في وقت اكثر ابكارا كما هو الحال في المناطق الحارة . كما ان مما لا شك فيه ان النظرة الاجتماعية السائدة في المجتمع المعين لها ان تقدم او ان تؤخر في الاستفاقة الجنسية ، وهو الامر الذي له ان يؤثر في النواحي النفسية وبالتالي في المستوى الهرموني الجنسي . ثم ان طبيعة التغذية ومقدارها لها اثر هام على القوة الجنسية وعلى ابتداء الزمن للاستفاقة الجنسية ، فمن الواضح مثلا ان سن البلوغ يقل تدريجيا في هذا العصر وذلك بفعل تحسن وسائل التغذية ، اضافة الى فعل عوامل التوعية الجنسية في الاحداث والتسامح في امرها .

ولعل من العوامل الهامة في تقرير القوة الجنسية هي العوامل الحضارية بالنسبة للفرد ومجتمعه . فالطاقة الجنسية بوصفها طاقة بايولوجية ، يمكن لها ان تتحقق بطرق متعددة جنسية وغير جنسية في ظاهرها الفعلي . كما ان الطرق الجنسية لا تتحدد في هذه العلاقة المباشرة ، ولكل هذه الطرق المتنوعة الجنسية وغير الجنسية ان تستنفد القليل او الكثير من الطاقة الجنسية ، وربما لا يبقى الا قدر محدود منها لاستثماره في القوى الجنسية المباشرة . والمعروف ان الانسان الاكثر حضارة وثقافة وتجربة هو اكثر تنويعا في انماط سلوكه الذي يستنفد بشكل مباشر او غير مباشر طاقته الجنسية ، بينما الانسان الاقل حضارة وثقافة فانه يتحدد بالطرق المباشرة والمألوفة في العلائق الجنسية ، وله بذلك ان يقلل من استنفادها في مجالات اخرى ، وان يبدي لذلك من القوة في ادائها المباشر ما قد يزيد على الانسان المتحضر

في الكثير من الحالات ، غير ان اسرافه المتكرر في هذه الناحية ، اضافة الى فعل عوامل سوء التغذية والوهن الصحي تجعل فترة تمتعه بالقوة الجنسية اقصر من نظيره المتحضر.

الشبق Hypersexuilety:

الشبق هو ((شدة الغلمة)) والالحاح في الدافع الجنسي ، وقد تكون هذه الحالة في بعض الناس الحد الأعلى للطاقة الجنسية في مداها الطبيعي ، وهي على هذه الصورة غير نادرة ، كما انها تحدث في فترات معينة في حياة بعض الأفراد وخاصة في مرحلة المراهقة . غير أن الرغبة الجنسية والالحاح في ممارستها قد يبلغا حدودا غير طبيعية ، وقد يتخذا صفة الدافع والسلوك القسري للعمل الجنسي المتكرر ، وفي هذه الحالة فان الممارسة قد تكون دليلا على انحراف جنسي ، كما قد تكون مؤشرا على توافر اضطراب مرضي أو فيزيولوجي يقتضي تقصيه ، ويحدث الشبق في الرجل ((Satyriasis)) كما يحدث في المرأة ((جنون الحورية Nymphomania)) . هذا وهنالك ما يدل على توافره في بعض الحيوانات . ومن بعض أسباب الشبق المرضية ، اضطراب اقسام الجهاز المنظم لانفعالاتنا العاطفية والمعروف بـــ(Limbic system) كما قد يحدث في بعض حالات الصرع ((الصدغي Temporal)) وبسبب تناول بعض الأدوية المنشطة للأعصاب الامفيتامين amphetamine ، والمخدرة morphine وبعض الهرمونات اندروجين androgen، غير ان المنشطات الجنسية aphrodisiacs لا فعل لها في هذا الشأن ، كما أن الشبق يمكن ان يحدث في بعض الحالات المرضية النفسية كالهستيريا ، والأمراض العقلية كالمانيا ، والسلوك السايكوماثي في مرحلة المراهقة ، خاصة في أولئك الذين يعبرون في شبقهم عن امتهانهم للقيم والعادات التي تنظم سلوك المجتمع . أما في المرأة فإن التغيرات الفيزيولوجية والهرمونية التي تحدث في سن اليأس ، وفي فترة الحيض ، قد تزيد من الرغبة الجنسية إلى حد أكثر من المعتاد . على أننا في جميع حالات الشبق في المرأة او الرجل ، يجب ان نفرق بين الشبق الفعلي ، كانحراف أو مرض ، وبين ما يبدو بأنه شبق بينما هو في الواقع مجرد انشغال ذهني بالأمور الجنسية بدون ان يقترن هذا الانشغال بدافع ملح للممارسة أو تكرارها وقد لا يتعدى مثل هذا الانشغال كونه تمويها عن عنة او ضعف جنسي . وتجدر الاشارة إلى أن ما يبدو شبقا جنسيا في بعض الاناث

ما هو إلا تعبير عن فشلها في الحصول على الذروة الجنسية مما يدفعها إلى الإمعان في تكرار العلاقة الجنسية على أمل الحصول عليها .

الفصل الخامس

الاستمناء

الاستمناء Masturbation (العادة السرية)

الاستمناء في اللغة معناه استنزال المني ، وهو بهذا يحدد الممارسة بالحصول على المني ، كما انه يحددها في الذكور فقط . ومن ناحية أخرى فان الكلمة بمعناها اللغوي تتضمن إمكانية استنزال المني بوسائل متعددة . ومفهوم الاستمناء العام في الوقت الحاضر يتحدد في عملية الإثارة الجنسية باستعمال اليد Masturbation سواء كان ذلك في الذكر او الأنثى . غير أن المفهوم العلمي لهذا المصطلح يتجاوز ذلك ليشمل طرقا أخرى غير اليد لإثارة المنطقة الجنسية للحصول على اللذة آو الذروة . ومن المصطلحات الشائعة المرادفة للاستمناء مصطلح (العادة السرية) وهو النعت الذي أعطى للممارسة بسبب انفراد وتسرر الممارسين للعادة . وقد استرعت هذه الظاهرة الشائعة اهتمام القائمين بممارستها وأهلهم واهتمام المربين وعلماء النفس والأطباء وتعددت في أمرها النظريات ووجهات النظر ، ولابد لذلك من بحث أوجه عديدة من هذه الممارسة من حيث طبيعتها وانتشارها وسن البدء في ممارستها ووسائل ذلك في كل من الذكر والأنثى ، إضافة إلى بحث موضوع الفائدة والضرر في الممارسة ووسائل التقليل منها .

مقدمات ممارسة الاستمناء

يمكن فهم جميع وسائل الإثارة التي يتعرض لها الطفل الصغير بالاحتكاك أو اللمس أو العبث أو المداعبة للمنطقة الجنسية مقدمات أساسية وهامة توجه انتباه الطفل إلى هذه المنطقة وما يمكن له إن يحصل عليه من لذة إذا ما أثيرت بوسيلة ما . وسرعان ما يدرك ألطفل أن المداعبة الذاتية التي يقوم بها بنفسه يمكن لها أن تحقق الإثارة وبالتالي الرضا واللذة ، وقد يحدث وعيه لهذه الظاهرة مصادفة ، وخاصة عندما يحدث الانتصاب التلقائي عنده ، والذي يحدث عادة عند امتلاء المثانة والاستيقاظ من النوم ، ومتى حدث مثل هذا الوعي في ذهن الطفل أصبح من المتوقع له أن يسعى للإثارة الذاتية بين الحين والأخر أو إن ينتظرها نتيجة لفعل التماس الخارجي . اما متى يحدث الاستمناء بشكل منتظم وبصورة تشبه ما يحدث في الحداثة والبلوغ فهو امر يختلف في اثباته . وسبب ذلك يعود الى صعوبة الاتفاق على السلوك الذي يكون عملية استمنائية . وهنالك بعض من لاحظ سلوكا جنسيا في الاطفال اقرب ما يكون

لعملية الاستمناء في سن الثالثة وحتى سن الثانية من العمر . وقد افاد احد الكبار عن طفولته فقال : ((ان اول مرة اتذكر فيها احساسا جنسيا ملذا كان عندما كنت في السن الثالثة او الرابعة . واذكر انني شعرت بفخر بسبب ما تعلمته (كيفية الاستمناء) والشعور الغريب الذي اثاره . وافاد احد الاحداث بقوله : ((قمت باول استمناء وانا في سن السابعة من عمري بقدر ما استطيع تذكره .. ولم يكن لدي فكرة بالذي كنت افعله ولا معناه . غير ان الشعور كان هائلا)) وهنالك ملاحظات ذاتية وخارجية عما يحدث في الاطفال من تواترات جنسية وعبث يدوي في اعضائهم الجنسية ، اما بشكل تلقائي او بنتيجة التماس العرضي او المقصود مع غيرهم ، او عند رؤيتهم لاشخاص ومواقف من شأنها ان تثير التوتر والشهوة ومحاولة الأرضاء . ولا تقتصر المثيرات على ما يمكن رؤيته في الواقع ، بل يمكن للصور المتخيلة في احلام اليقظة او احلام الليل ان تثير ذلك .

انتشار الاستمناء

ان من الصعب التوصل الى الحقائق فيما يتعلق بانتشار الاستمناء سواء بين الاطفال والاحداث ، او المراهقين والكبار ، ومرد ذلك ما هو قائم في اذهان المجتمع من تحيز وادانة للممارسة على الرغم من ان كل فرد تقريبا قد مارس الاستمناء في وقت او آخر من حياته ولو لمرة واحدة . وليس ادل على ما علق بالأذهان عن الممارسة ، ان حوالي واحد من خمسة من الذين استطلعت ممارساتهم الجنسية امتنعوا عن الاجابة عن موضوع الاستمناء ، اضافة الى ان الاقرار بالممارسة لا يتوافق مع حقيقة انتشارها ، سواء بين الصغار او الكبار ، وفيما يلي بعض الدراسات الاحصائية والتي لها ان تدلل بعض الشيء عن مدى انتشار ممارسة الاستمناء في مراحل العمر المختلفة .

- افاد واحد من كل خمسة من الاطفال الذين استبينوا بانهم مارسوا الاستمناء منذ طفولتهم الصغيرة حتى الذروة . وهكذا يبدو ان معظم الاطفال على الرغم من عنف الاثارة الجنسية التلقائية فانهم لا يصلون الى حدود الذروة (*).

- ببلوغ السادسة والسابعة من العمر يبدأ التزايد في عدد الممارسين للعادة من الاطفال من الجنسين . غير ان الزيادة تتسارع في الاطفال والأحداث الذكور بينما تزداد زيادة وئيدة في الأناث من هذا السن وحتى سن العشرين .
- ببلوغ سن البلوغ ، نجد أن معظم الاولاد يمارسون الاستمناء ، ومن لم يمارس منهم قبل ذلك فان اول (انزال) منوي يجلب انتباههم ويحفزهم على بدء الممارسة . ولعل من اهم الدراسات الاحصائية عن الاستمناء هي الدراسة التي اجراها الباحثان شميدت وسيجون Schmidt and Sigusch(1970) . وتفيد الاحصائية ، والتي اجريت على مجموعة كبيرة من الذكور والاناث ممكن اكملوا سن العشرين من طلبة وعمال ، على ان الذكور عند بلوغهم ما بين 13 الى 16 سنة يمارسون الاستمناء بضعف نسبة الأناث في هذه المرحلة من العمر . كما ان الاناث يتأخرن عن البدء في الممارسة بالقياس مع الذكور وبانهن ابطأ في تزايد الممارسة . وعلى العموم فانهن اقل ممارسة من الذكور في جميع مراحل العمر . وافادت الدراسة بانه لا توجد فروق كبيرة في الممارسة بين فئتي الطلبة والعمال من الذكور بينما هنالك زيادة بين 10 -50% في المراحل المختلفة من العمر بين العاملات بالمقارنة مع الطالبات . واخيرا فان الدراسة الاحصائية تشير الى ان 10% من العمال و 16% من الطلاب افادوا ببدء الممارسة في سن الحادية عشرة وبلغت في سن العشرين 92% من العمال و 90% من الطلبة . وكانت الارقام في الطالبات 5% من العاملات و 9% من الطالبات في سن الحادية عشرة . و 23% من العاملات و 22% من الطالبات في سن الرابعة عشرة . وفي العشرين بلغت الممارسات بين العاملات 57% وبين الطالبات 40% . وهنالك توافق في بعض نتائج هذه الدراسة التي اجريت في مجتمع الماني مع نتائج دراسة سبقتها بعدة سنوات اجراها كنزي في مجتمع امريكي . وتفيد دراسة كنزي بانه ببلوغ سن العشرين فان 90% من الذكور ، وثلث الاناث يمارسون الاستمناء ، وهو احصاء يقارب نتائج الدراسة الألمانية .
- في دراسة على الاطفال في احدى مدارس الحضانة في امريكا شملت 280 ولدا و 300 بنتا تراوحت اعمارهم بين سنتين وخمس سنوات لوحظ بان 34% من الاولاد و 21% من البنات يمارسون الاستمناء . غير ان الدراسة لا تعطى وصفا لعملية

الاستمناء . وفي دراسة اخرى في المانيا على الف طفل وطفلة لوحظ بان **53%** منهم يستمنون ، وبان معظمهم ما بين سن السابعة والتاسعة . وقد يكون الفارق بين الدراستين مبنيا على ما يعده الباحثون مكونا للسلوك الاستمنائي .

غير ان الدراسة التي قام بها كنزي افادت بان اناث امريكا لا يبلغن نسبة الممارسة التي تبلغها الأناث في المانيا في سن السادسة عشرة (30%) الا ببلوغهن سن الخامسة والعشرين ، وهذا الفرق لا يمثل اختلافا كبيرا بالنظر للفارق الزمني بين الدراستين.ويمكن ان يفسر ايضا على الاستمناء حاله حال البلوغ يبدأ الآن في سن اصغر مما كان في الماضي في معظم المجتمعات (*) .

تكرار الممارسة

ان الاكثرية العظمى من الذين بدأوا ممارسة الاستمناء يكررون ذلك بشكل منتظم قد يمتد سنوات طويلة . وعلى العموم فان (التكرار) الاسبوعي للاستمناء يحدث في بداية العشرينات (المرحلة الاولى من البلوغ) ، ولها ان تظل نسبة عالية من التكرار حتى نهاية سنوات المراهقة وخاصة في المجتمعات المقفلة والتي تحدد العلائق الجنسية . غير ان التكرار يقل في المجتمعات التي تتساهل في العلائق الجنسية ، كما ان ذلك يقل عند المتزوجين ، وتظل النسبة عالية في غير المتزوجين ، وان كانت تقل بشكل واضح عند بلوغ العشرين من العمر . والأنطباع المتوافر من دراسات مماثلة على الأنثى تفيد بان الاناث على العموم هن اقل تكرارا والحاحا في الممارسة من الذكور ، وان كانت بعض الاناث يزاولن الممارسة بمثل اقبال اكثر الذكور على الممارسة ، غير ان عددهن قليل نسبيا . هذا وهنالك تفاوت عظيم في عدد الممارسات اليومية او الاسبوعية التي يقوم بها المستمنون وهي تتراوح بين النادر او القليل الا ما يصل الى ما يزيد على العشر مرات يوميا .

اهداف الاستمناء

مما لا شك فيه ان الهدف الاساسي للاستمناء هو ارضاء الرغبة الجنسية سواء قامت هذه الرغبة بصورة تلقائية او مقصودة او بسبب اثارة خارجية . وقد يكون هذا الارضاء عبثيا في سن الطفولة الصغيرة ، وهو فيهم ، كما بينا سابقا ، لا ينتهي بالحصول على شعور الذروة

وان كان يعطي شعورا من الأرتياح والإنفراج واللذة . وبعد هذه الفترة الطفولية يسعى الحدث السابق لسن المراهقة للحصول على الذروة ، ومع ان هنالك من يشترط حصول (القذف المني) للوصول الى الذروة ، الا ان ذلك غير ضروري ، فهذا القذف يحدث في الذكور فقط عند البلوغ ، بينما الوصول الى الذروة يحدث كثيرا قبل البلوغ بدون قذف ، كما انه يحدث في الأنثى ايضا بدون ذلك . والمعروف ان معظم الذكور بعد البلوغ يصلون الى الذروة وما يصاحبها من القذف . ففي دراسة كنزي تبين بأن 9 في كل عشرة من الذكور افادوا بانهم يستمنون الى حد الذروة ، (وهذا يؤدي الى القذف) بينما افادت ستة من كل عشرة من الاناث بانها تستمني حتى الوصول الى الذروة . ومن دراسة الحياة الجنسية عند الأنثى تبين أن الحصول على الذروة لا يكون الغاية الاساسية والهامة التي تتخذها الذروة في حياة الذكور ، وعدم تمكن المرأة من الوصول اليها لا يؤدي الى قيام حالة الفشل والمرارة والاحباط التي يعانيها الذكور الذين لا يحصلون عليها . وهذا الواقع يؤكد ان الارضاء الجنسي عند المرأة

(*) في دراسة احدث من الدراستين (1976) ملر ولايف بين الباحثان بان 100% من الذكور تقريبا و 85% من الاناث قد مارسوا الاستمناء .

الاستمناء وإمكانية الضرر

ان الذين يأخذون بالتحيزات الاجتماعية ، والنهي العائلي والتربوي والتي تسود الكثير من المجتمعات ، لابد لهم ان يستنتجوا بوجود الضرر من الممارسة ان لم يكن في المجال الصحي ففي المجال الاخلاقي . ولا غرابة لذلك ان تنتشر الكثير من الآراء التي تروج الاضرار الصحية على الجسم والنفس والعقل والتي يمكن ان تنجم عن الممارسة ، ومثلها الاضرار في المجال السلوكي والاخلاقي . وقد نشأ بسبب هذه الاراء ما يقارب التحريم للعادة ، واعتبرت حتى في اهون الحالات ، اما اثما او تجاوزا على النمو الصحي والخلقي . فما هي حقيقة الامر ؟ وفي الاجابة على هذا التساؤل سنقصر انفسنا على الجانب الصحي من هذا الموضوع ولعل في هذه الاجابة ما يساعد على قيام نظرة اكثر صوابا في الاحكام ووجهات النظر التي تدين الممارسين لها اخلاقيا .

ان الافكار المتناقلة على الآثار والنتائج الضارة لممارسة العادة السرية قديمة الاصول غير انها ما زالت راسخة حتى يومنا هذا . فبالاضافة الى ما يلقن به الطفل او الحدث او المراهق من ان العادة عيب واثم ، فهنالك ايضا الاشارة الى ان ممارسة العادة او الاكثار منها يؤدي الى الفشل الجنسي (العنة) في الكبر ، والى تلبيد الذهن ونقص الذاكرة والتدرن والنحول العصبي وحتى الجنون . ولم يقتصر بث هذه الآراء على عامة الناس ، بل تبناها بعض العلماء المرموقين من الاطباء امثال فرويد ممن اعتبروا الاستمناء خطرا قد يؤدي الى قيام المرض النفسي ، وقد اوجز فرويد آراءه في الأثار الضارة للاستمناء بقوله (1912) ((البديهي ان الواحد مجبر على معارضة التأكيد بأن الاستمناء لابد ان يكون عديم الضرر وعلى العكس يجب ان تكون هنالك حالات يكون فيها الاستمناء ضارا . ولما كان سبب المرض النفسي (العصاب) يأتي بسبب الصراع بين الجنسية الطفولية وبين معارضة الأنا (الكبت) ، فان الاستمناء الذي هو منفذ للجنسية الطفولية لا يمكن ان يقدم بديهيا كشيء غير ضار)) . وقد بين فرويد أن هذا الضرر هو ضرر تسممي يشيع في مختلف انحاء الجسم . ومن الطريف ان نذكر أن فرويد قد حذر ابنه الثاني من اخطار العادة عندما جاء ابنه يستشيره في بعض نواحيها وافاد الابن بعد ذلك بانه بسبب هذا النهي الزاجر فانه لم يستطع اقامة العلاقات المقربة مع ابيه

كالتي استطاعها اخوه الاكبر . وقد تغيرت هذه النظرة وامثالها من النظريات الطبية في الثلاثينات والاربعينات من هذا القرن ، واليوم قل من الاطباء ممن يعتقد ان هنالك ضررا صحيا في ممارسة العادة السرية ، وذهب احد الباحثين في هذا الموضوع الى ابعد من ذلك بقوله : ((على الرغم من قرون عديدة من التحذير المعاكس ، فليس هنالك من نتيجة سلبية واحدة للاستمناء في أي من الجنسين)). هذا وهنالك من يعطي آراء تخالف هذا النفي القاطع ، ومعظم هذا الاختلاف لايتوجه الى العاده كعاده ، وانما للاكثار منها والالحاح فيها ، وبعض الباحثين يشير الى احتمال حدوث بعض النتائج في الحياة النفسية والسلوكية والجنسية في بعض الافراد.ومن ذلك اعتقاد البعض ان الاكثار من الاستمناء يقلل بالنهاية من الافراز المنوي ويضعفه بسبب الانهاك الذي يحدث لعملية صنع الافراز في الخصيتين ويؤدي بالتالي الى ضمورهما والى عجز الرجل عن الاخصاب لزوجته .

ومن المخاطر التي يجادل فيها الباحثون ، ما يمكن ان ينجم عن الربط بين ممارسة الاستمناء وبين الخيالات الفاتنزية التي تعرض للممارس او يستجلبها بالتصور وتوارد لاحلام اليقظة . ومن الآراء الواردة في هذا الموضوع ان مزاولة الاستمناء بالحاح من شانها ان تعزز ورود هذه الخيالات في ذهن الطفل او الحدث او المراهق والى الحد الذي يباعد بينهم وبين الواقع المحسوس ولعل امكانية هذه المباعدة هي اكثر ورودا في الانطوائيين وطبيعتهم منها في غيرهم ، وهي في هؤلاء قد تكون ممارسة ضارة لانها تزيد في انطوائهم وفي عزلتهم عن الواقع المجتمع ، وقد تساعد في تطوير المهيء بشخصية (شيزيه) الى الاتجاه نحو المرض بصورة اسرع ، على اننا يجب ان ندرك أن الأمعان في الممارسة قد يكون مظهرا من مظاهر المرض وليس سببا فعالا في تطوره . وهنالك امر العلاقة بين الاستمناء وبين بعض الانحرافات الجنسية، كالاتجاه نحو الجنسية المثلية ، وانحراف الفتشية والاستبصاصية والاستعراضية والجنسية المحرمة ، فمن المعروف ان الكثير من الخيالات والصور والاشياء التي تستعمل لتكون خلفية لأذكاء الرغبة الجنسية وللمساعدة على الحصول على اللذة بالاستمناء ، فإن معظمها يتركز على مواضيع تبتعد عما هو مسموح به في العلاقات الجنسية الطبيعية من حيث الأسلوب او الموضوع ، واذا ما تأكدت صور الممارسة ومتعلقاتها في ذهن الممارس ، فان حالة من التطبع يمكن ان تحدث في بعض الافراد مما يصعب تجاوزها في المستقبل ، وبهذا

يتحول الممارس الى (منحرف) بحالة جنسية او اخرى . هذا وهنالك من الباحثين من ينفي ان تحدث هذه التصورات الفانتزية المصاحبة للاستمناء اية صعوبات مستقبلية في المجال الجنسي لممارسيها . اما في حياة الأنثى فقد يكون لعادة الاستمناء بعض الآثار السلبية في بعض الاناث ، فالاستمناء في الأنثى عملية اكثر خصوصية ، وتتم عادة بشكل فردي ومتكتم اكثر مما هو الحال في الذكور . والانثى تتعلم الممارسة تلقائيا في معظم الحالات على عكس الذكور الذين يتعلمونها بالتقليد او التلقين من اترابهم . ثم ان الأنثى اكثر عرضة للعقاب والتأنيب من الذكور ، وهي لذلك تعاني من القلق وشعور الأثم اكثر مما يعانيه الذكور ، يضاف الى ذلك تسارع مجال الاثارة في الأنثى لتشمل مناطق غير جنسية من الاعضاء . وكل هذه العوامل من شانها ان تجعل عملية الاستمناء في الأنثى اكثر تماسا مع حالتها النفسية ، كما انها تجعل العملية اقل تحديدا من حيث مكان الأثارة وطبيعة الحركة المثيرة ومن حيث الاستجابة لها . وقد يكون لكل ذلك اثره في تكيف الأنثى على انماط غير طبيعية للأثارة الجنسية وموطنها واوقاتها والاستجابة لها . ان هنالك من طرق الاستمناء الكثير من الاساليب غير الاستمناء باليد ، وتتخذ هذه الطرق احيانا اغرب السبل سواء قام بها الفرد منفردا او بالمشاركة . وقد افاد الباحثون سريريا في حالات العطل او الانحراف بأن هذه الصور الغريبة وغير اليدوية من الاستمناء تكمن وراء الكثير من مشاكل الحياة الجنسية وخاصة تلك التي يشكو اصحابها من ضعف في الأداء الجنسي. واذا امكن اعطاء خلاصة للموقف العلمي والطبي القائم بالنسبة للاستمناء فهو ان الاستمناء عملية جنسية في طبيعتها واهدافها . وهي ممارسة عامة قل من لا يمارسها في فترة او اخرى من الحياة . ولم يثبت حتى الان اي صحة للادعاء بان الاستمناء في حد ذاته يكون او يؤدي الى حالة مرضية من الامراض التي يرد ذكرها في تصور او تحذير القائمين بها كالعمى والتدرن والنحول والجنون والصرع . غير ان الامعان في الممارسة والى حدود الالحاح يمكن له ان يقلل من انتاج المني ، كما ان له ان يضعف من الاداء الجنسي في بعض الافراد ، ثم ان لبعض الصور الغريبة من خيالات الممارسة واساليب ممارستها ما يمكن ان يساعد على تكوين تطبعات غير طبيعية في الحياة الجنسية ، تجعل الاداء الجنسي الطبيعي في المستقبل اكثر صعوبة . ولعل هذا اكثر وقوعا في الأنثى منه في الرجل .

لقد سبق ان اشرنا في بحثنا عن الحياة الجنسية عند الاطفال الى رأي فرويد وزميله فلايس من ان (حبس) او كبت الطاقة الجنسية في فترة الكمون في الطفولة **Latency** وهي التي تقع بين السادسة وقبيل البلوغ ، تخدم غرض منع هذه الطاقة من الهدر وتجميعها لغرض تحقيق اهداف حضارية هامة في المستقبل . ان من الواضح ان ممارسات الاحداث خلال هذه الفترة لا يمكن ان توصف بانها حبس لهذه الطاقة وتجميع لها وان كان من الممكن ان ما يكبت من هذه الطاقة هو اكثر مما يفضى به . فهل لنا ان نجد ، على كل حال ، أن صرف الطاقة الجنسية في الاطفال والاحداث والبالغين والمراهقين من شأنه ان يهدر هذه الطاقة ويفقرها وبالتالي ان يقلل من امكانية استخدامها لاغراض حضارية . ان الاجابة على هذا التساؤل وما اثاره فرويد وزميله ، سيتم بحثه في الفصل الخاص بالعلاقة بين الحياة الجنسية والفن والابداع. ويكفي القول هنا إن فقر الطاقة الجنسية ، او افقارها بصورة ما ، له ان يقلل الى حد العدم من قابليات الابداع او المساهمة الحضارية في حياة الذين يعانون من ذلك .

هل للاستمناء فائدة ؟

قد يكون من المفاجئ ان نورد هذا التساؤل بالنظر لأن ما تواتر وتناقل من الآراء حول الاستمناء يكون في معظمه التأكيد او الاشارة الى اضراره . غير ان الاكتفاء بتفنيد اضرار الاستمناء يوقفنا فقط عند حد لا يصح الوقوف عنده علميا وهو تفسير شمولية الاستمناء للجنس البشري بدون استثناء تقريبا . وفي كل عصر وكل مجتمع ، وتفسير بوادر ظهوره في سن مبكرة من الطفولة وتسارعه مع مراحل النمو المتتالية . ان هذا الواقع لابد له ان يحملنا على الاستنتاج أن للاستمناء اهدافا بايولوجية ، وانه لا بد منه بصورة او درجة ما في مرحلة او اخرى من مراحل الحياة . ويمكن لنا ان نتصور أن هذه الأهداف تتضمن عدة جوانب منها تحسيس الفرد بجسمه واعداده للمستقبل ، ومنها ضرورة تصريف بعض الطاقة البايولوجية القائمة في كيان الفرد ، وقد يكون لذلك غرض آخر وهو ربط الطفل بمحيطه ومجتمعه . فالصور والخيالات والمواضيع التي تثير الاستمناء وترتبط به تؤخذ من هذا المحيط والمجتمع وبالنظر لأن الطاقة الجنسية وارضاءها تكون اهم الحاجات الانسانية . فان استغلالها بالاستمناء

وما يتصل به من ارتباطات من شأنه ان يوفر رابطة عظيمة بين الفرد ومحيطه ومجتمعه . وهو الامر الذي ربما لا يتوافر ابدا لو تأخر الارضاء الجنسي حتى مرحلة متأخرة من النمو .

لقد لوحظ في الكثير من الاطفال ، والاحداث حدوث حالات من التوتر والاضطراب النفسي بسبب تدخل اولياء الامور بممارسات اطفالهم الاستمنائية ، ومع ان بعض هذه الاعراض تنجم عن قلق الطفل وتخوفه من العقاب ، الا ان بعضها ينجم بالتاكيد عن منع تصريف الطاقة الجنسية التي تلح في ان ترضى . وقد تكون مثل هذه الاعراض اكثر ورودا في حياة الاطفال والاحداث مما قد يتبادر للذهن . ولعل هذا هو الأمر الذي دفع ببعض الاوساط الطبية الى عدم التدخل في عملية استمناء الاطفال والاحداث ، وذهب البعض الى ابعد من ذلك فدعا الى عدم التدخل في الممارسات الجنسية للاطفال والاحداث ما دامت لا تلحق بهم ضررا ودعا اخرون من علماء التربية والنفس الى التسامح في هذه الممارسات وعدوا اباحتها امرا من شأنه ان يمنع الكبت وما قد يتاتى عنه من اضطرابات نفسية وسلوكية في المستقبل . هذا ولا يمكن قبول مثل هذه التوصيات والاراء على علاتها ، ولعل فيها من الاخطار الطبية والاجتماعية ما يعادل او يزيد على اخطار تقييد الاستمناء وغيره من مظاهر الممارسات الجنسية في الاطفال والاحداث . واذا كان من الصعب الوصول الى قرار بهذا الشأن ، فلعل اهم ما يمكن للوالدين ان يدركاه ، هو حاجة الطفل والحدث للارضاء الجنسي ، وأن من الخطا حبس هذه الحاجة او عقابها او تخويف الممارس من مزاولتها ، او تثبيت شعور الاثم في نفسه. وكل ما يستطيعه اولياء الامور غير ذلك هو اعطاء اولادهم ثقافة جنسية متزنة تتناسب مع اعمارهم ، وان ييسروا لهم سبلا غير جنسية تساعدهم على تصريف طاقاتهم كالرياضة والهوايات الاخرى . ومما تجدر الاشارة اليه ان الطبيب اليوناني جالينوس (القرن الثاني ب.م) كان اول من لاحظ فائدة الاستمناء في التفريج عن حالات التوتر او الانقباض .

الاستمناء والاثم والقانون

ارتباط الاستمناء بالاثم قديم في العقائد الدينية . وهذا يتضح من ان الاستمناء يصطلح عليه احيانا ، بالاونانية **Onanism** نسبة الى اونان الذي ورد ذكره في (العهد القديم) والذي اخطىء تفسير سلوكه مما ادى الى ادانة ممارسة الاستمناء في المراجع الدينية قديما وحديثا .

والتي ما زالت تعد الاستمناء اثما ورذيلة . وقد امتد هذا الاعتقاد الى الكثير من الناس في مجتمعات كثيرة بما في ذلك المجتمعات المعاصرة والمتسامحة عادة بالقضايا الجنسية . ففي دراسة على طلبة الكليات من الجنسين في امريكا ممن افاد 82% من الذكور و 33% من الاناث بانهم يمارسون الاستمناء ، افاد اثنان من كل ثلاثة بانهم يشعرون بالاثم والقلق وعدم الارتياح بسبب ممارستهم (1967) وقد افادت دراسات اخرى بان المتزوجين من الممارسين للعادة وغيرهم ممن تخلوا عن العادة يشعرون بعيب العادة واثمها بنسبة اعلى من اولئك الذين كفوا عن ممارستها من المتزوجين وغيرهم .

اما النواحي القانونية للاستمناء ، فان القوانين المعمول بها لا تعاقب الاستمناء في حد ذاته الا اذا اتخذت الممارسات صفة علنية او مخجلة او مخلة بحقوق الاخرين كما يحدث في حالات الاستمناء في احوال استعراضية او تبصصية .

الاستحلام

قذف المني الذي يمكن ان يحدث اثناء النوم يفيد بحدوث اثارة جنسية اثناء النوم وانتهاء هذه الاثارة بالذروة وانزال السائل المنوي . وارتباط هذه الظاهرة بالحلم واضح من الاصطلاح ، فهي تحدث بسبب حلم ، اما يتذكره المريض عند استفاقته في الصباح ، او يقطع نومه عند وصوله الى الذروة والانزال ، غير ان الاستحلام قد يحدث بدون استفاقة على الحلم او تذكر له ، وهذا لا ينفي ان الحلم قد وقع بالفعل وبانه نسي كما تنسى معظم الاحلام التي تحدث في الادوار الاولى والوسطى من النوم . وللاستحلام في اذهان الكثيرين من الناس دلالات عيب واثم وتحريم . كما ان الكثيرين من اولياء الامور يوبخون اولادهم على الاستحلام مع ان الواضح انه يتم في النوم وبدون ارادتهم ، كما ان بعضهم يؤكد للاولاد ان الظاهرة حالها حال الاستمناء واي علاقة جنسية قبل الزواج لها ان تؤدي الى المرض الجسمي والعقلي ، ولهذا النوع من التحذير والتلقين ان يساهم في تكوين حالات من القلق ، كما ان له ان يؤدي الى درجة ما من العطل الجنسي في بعض الافراد وان يؤدي في البعض الى النهي عن الوصول الى الذروة او انزال المني .

الفصل السادس

الألم والجنس

الألم والجنس (السادية و المازوخية)

السادومازوخية Sadomasochism

السادية هي إيقاع الألم على الغير بما في ذلك الشريك الجنسي كوسيلة للإثارة الجنسية او الحصول على الاكتفاء الجنسي. اما المازوخية فهي على عكس ذلك تقبل إيقاع الألم على النفس كوسيلة للإثارة او الحصول على الاكتفاء الجنسي . ومع ان الواحد قد يتصف بأحد الاتجاهين ، إلا ان من الممكن في بعض الحالات ان يكون الفرد ثنائي الاتجاه او ما يسمى بالسادومازوخي ، او كما اصطلح عليه هافلوك أليس بمصطلح (Algolagnic) . وقد أفادت بعض الدراسات الاستبيانين بشأن الممارسات الجنسية بان معظم الناس يجدون بعض المتعة او اللذة عن طريق إيقاع درجة من الإيلام على شريكهم الجنسي أثناء العبث او العلاقة الجنسية ، ومعظم هؤلاء من الذكور . كما ان هنالك من الإناث من تجد بعض اللذة فيما إذا مارس شريكها الجنسي بعض ما يؤلمها أثناء العبث او العلاقة الجنسية . وللباحث ان يعتبر مثل هذا الشعور الغالب في معظم الناس من الجنسين ، الدليل على ان درجة ما من الألم سواء إيقاعه او تقبله ، هو أمر طبيعي في الحياة الجنسية الإنسانية ، على ان لا يتعدى ذلك الحد الفاصل بين الألم والإيذاء ، واذا ما حدث هذا التجاوز فان هذه الظاهرة الطبيعية تصبح انحرافا .

لقد قام الكثيرون بمحاولة تفسير قيام هذه الظاهرة بحدودها الطبيعية والانحرافية . وربما لا تكون الأسباب في الحالتين الطبيعية والمنحرفة مختلفة تماما وان لا يتعدى الأمر ان تكون أسباب الانحراف مجرد تضخيم للأسباب المفسرة لقيام الظاهرة باحجامها الطبيعية المألوفة . ولما كنا سنعرض لهذه النظريات السببية عند البحث في موضوعي السادية والمازوخية كلا على حدة ، فإننا سنقتصر هنا على النظريات السببية للظاهرة بشكل عام وفي حدودها المألوفة . ولعل من أهم هذه النظريات هي ان ممارسة الألم وتقبله في العلاقة الجنسية هي ضرورة بايولوجية تضمن قيام الجاذبية بين الجنسين وتضمن بذلك التكاثر وبقاء الجنس . ويرى آخرون

أن الظاهرة تمثل بقايا مظاهر العلاقة الجنسية في عصور الإنسان الأولي والقائمة على أساس ممارسة العنف والتعدي لضمان مطاوعة الشريك الجنسي ، وان هذا المظهر من العلاقة الجنسية أصبح بمثابة الوراثة البايولوجية الاجتماعية والتي تنقل من جيل إلى جيل . ويجد آخرون ان في الألم رباطا يربط الناس بشكل أوثق من رباط اللذة ، ذلك ان الألم هو الأصل في الشعور ، اما اللذة فما هي إلا رجوع حالة الألم إلى نقطة الابتداء . ومن النظريات ما يربط بين العنف ، وبالتالي الألم في حياة الإنسان وبين الحاجة إليه لضمان عملية الاختيار الطبيعي **Natural Selection** ، وهي العملية اللازمة لبقاء الإنسان وتطوره ، ويشك في ان الإنسان بدون ممارسة الألم والتحسس به يستطيع ضمان ذلك . ويستغل أصحاب هذا الرأي الشواهد في بعض الحيوانات وما يبرز في سلوكها الجنسي من قسوة وعنف قد تبلغ حد الموت ويقيمون الشبه بينها وبين ممارسات الإنسان من حيث الأسلوب والأهداف والدوافع التي تخدمها . ومن النظريات ما يفسر الظاهرة على أساس انها امتداد لما يتعرض له الطفل من إيلام من أمه ، وما يحدثه من إيلام لها يرضيها أثناء الرضاع ، واختلاط ذلك بشعور الراحة والمتعة في الاثنين وهو الشعور الذي يجعل من الألم واللذة شعورا متصلا يتعذر تفريقه إلى عنصرين منفصلين تماما . ومن النظريات أيضا ما يرد الظاهرة إلى عمليات من التطبع السلوكي الذي تأكد في النفس بنتيجة ارتباط متكرر بين اللذة او الألم وبين موقف جنسي معين . وأخيرا فهنالك النظرية العلمية التي تفسر السادومازوخية على أساس بايولوجي . فقد أفادت الدراسات الفيزيولوجية على مراكز معينة من الدماغ (الهايبوتلموس) بان مناطق صغيرة او كبيرة من هذه النواة، والمتصلة ببعضها البعض ، إذا ما اثيرت كهربائيا ، فانها اما تحدث دوافع جنسية او دوافع من العنف . وهذا يؤكد الارتباط الوثيق بين مركزي الجنس والعنف . وعلى هذا الأساس البيولوجي ، يمكن التوقع بان الإحباط الجنسي يمكن تحويله إلى عنف ، على عكس ذلك فان خيالات التعدي وسلوك التعدي تحتوي في الكثير من الحالات على عنصر جنسي . ويقول احد الكتاب((لكي يمكن لعلاقة جنسية ان تكون ناجحة فان من الضروري للشريكين في العلاقة ، ان يملكا المقدرة الثنائية على الخضوع ، وتسليم

نفسيهما ، وان يجدا اللذة في ان يكونا مستسلمين ، ومن الناحية الأخرى ان يطلبا وينشطا ، وان يقوما بالمبادرة . واذا لم يتوافر هذا التوازن الضروري لأسباب مختلفة، فان النتيجة يمكن وصفها بأنها سادومازوخية)) .

ان هنالك في السلوك الجنسي الإنساني الكثير من الممارسات التي تحمل طابعا سادومازوخيا ، ومعظم الناس يجدون متعة في ذلك ، وتفيد استبيانات الرأي بان(العنف) في العلاقة الجنسية هو ضرورة ، غير ان الأمر يتغير إذا ما أصبح العنف مؤذيا ، واذا ما حدث ذلك كان الأمر في الحالتين انحرافا ساديا او مازوخيا .

السادية Sadism

السادية هي احد قطبي السادومازوخية ، وفيها يقوم الفرد بطريقة مباشرة او غير مباشرة بممارسة نوع ما من أنواع العنف والإيذاء الجسمي او النفسي او كليهما على شريكه او شريكته في العلاقة الجنسية ، سواء كان هذا الشريك راغبا ومطاوعا او رافضا ومرغما . وكما بينا في الفقرة السابقة ، فان درجة ما من الممارسة السادية تحدث في حياة معظم الناس وهم على العموم يقومون بأفعال القرص او الخدش او العصر او العض وغيرها من الأفعال ويجدون المتعة في ذلك . غير ان ذلك لا يصل إلى مرتبة الانحراف عند معظم الناس . ويرى فورد وبيتش Ford and Beach (1951) ان القليل من الاثارات العنيفة في أثناء العلاقة الجنسية هي القاعدة السلوكية في معظم اصناف المملكة العليا من الحيوان ، وان هذه الممارسة لا تعد انحرافا إلا إذا بلغت حدود التطرف والإيذاء لأي من المشاركين فيها .

ان ظاهرة السادية ليست بالظاهرة المستحدثة في حياة الإنسان ، فهي ظاهرة قديمة كما تدلل عليها الاثار من عصور غابرة ، غير ان فرز الظاهرة واعطائها التسمية هو أمر حديث العهد نسبيا . فاصطلاح السادية ينسب إلى المركيز دو سيد Marquis de Sade (1740 -1814) ، والذي اشتهر بمؤلفاته ذات المحتوى العنيف في الممارسات الجنسية . واهم هذه المؤلفات روايته المشهورة (جوستين وجوليت) والمعروفة أيضا باسم((لعنة الفضيلة ونعمة الرذيلة)) ومع ان دي سيد لم يمارس إلا القليل مما خلقه من خياله الخصب في مؤلفاته

إلا انه قد خلق لنا مصطلحا ارتبط باسمه واصبح من اكثر المصطلحات تداولا على السنة الكتاب في مواضيع عديدة ، كما وجد طريقة إلى التعابير المتناقلة بين الناس في وصف أولئك الذين يجدون لذة في إيقاع الألم والأذى في الآخرين . والمؤرخون لا يعرفون الكثير عن طفولة دي سيد ، ويعتقد بعض الباحثين ان نزعته السادية التي بدت في مسالكه وتجلت بشكل صارم في كتباته ، مردها كرهه العميق لامه ، وما دفعت إليه هذه الكراهية من محاولة الانتقام من الأنثى.ومهما تكن خلفية طفولته ، فان من الجلي انه كان يتمتع باضطراب وعدم اتزان في حياته النفسية ، ولعل هذا الواقع إضافة إلى طبيعة كتاباته وبعض شطحاته (السادية) في السلوك ، قد دفعت به في النهاية إلى دخول مستشفى الإمراض العقلية حيث أمضى بقية حياته.

ومع ان الانطباع السائد هو ان سيد قد ركز اهتمامه على ممارسة العنف في العلاقات الجنسية ، إلا انه كان يحمل بعض الآراء التي أصبحت مثارا للاهتمام العلمي بعد وفاته بقرن ونصف ، ذلك ان سيد قد أدرك من تجربته الخاصة مدى العلاقة الوثيقة التي تربط بين اللذة والألم . وهو يقول : ((انها ببساطة أمر هزَّ جميع أعصابنا بأقصى الاهتزازات وأشدها قوة . وألان وبما انه مما لا شك فيه بان الألم يؤثر فينا بقوة اكثر من تأثير اللذة ، فان هذا الإحساس إذا ما حدث في الغير ، فان كياننا كله يهتز بقوة اشد من الصدمة الناجمة)) . وسواء اتفق العلم مع آراء سيد او لم يتفق ، فان سيد قد فتح بكتاباته واصطلاح السادية الذي ينسب إليه بابا واسعا للتأمل في ظاهرة قديمة وملازمة بدرجة او بأخرى للحياة الإنسانية ، وترتب على العلم ان يفسر الدوافع في الحياة الإنسانية التي تجعله يجد لذة في إيذاء الغير ، ليس لغايات جنسية فقط ، وإنما لغايات أخرى لا يبدو فيها توافر اي غرض او هدف جنسي .

ان ما يعنى به الباحثون في موضوع السادية هو التوصل إلى أصول هذه الظاهرة في حياة الإنسان الجنسية ، والناحية الثانية التي تسترعي الاهتمام ، هي تقرير مدى الصلة بين سلوك العنف والتعدي والإيذاء الذي يمارسه الإنسان في حياته ، وبين النواحي الجنسية من حياته . ومع أهمية موضوع السادية في العلاقات الجنسية ، إلا ان الحالات التي تخرج فيها هذه الممارسة عن الحدود المقبولة قليلة العدد نسبيا ، وان كانت تسترعي الانتباه الإعلامي في مختلف البلدان . اما الناحية الثانية ، فهي اكثر أهمية وأكثر صعوبة على الفهم . ذلك ان

السادية الفردية في المجتمع لا ترتبط بوضوح مع النواحي الجنسية ، واثبات مثل هذا الارتباط من الصعوبة بمكان . فبينما يرى بعض المحللين انه لا يوجد ارتباط بين السادية في التعامل الحياتي وبين النواحي الجنسية ، فان البعض يرى عكس ذلك ، ويجد في التعدي الذي يمارسه الإنسان على غيره سواء قام به بالفعل ، او بالخيال او بالأحلام ، او ارتاح لقيام غيره به على اي كان ، وبأي صورة كانت ، هو بمثابة رمز للسادية الجنسية ، وبهذا يكون رضا الفرد بمثل هذه الممارسات مساويا للرضا الجنسي . وان كل الذي حدث ، هو ان فشل الفرد لسبب ما في الحصول على الرضا الجنسي بشكل طبيعي او سادي ، قد تحول وبصورة خفية وغير واعية عند صاحبه إلى عدوان ، وبهذا تكون لذة السادي هي لذه جنسية في اصولها وما تنتهي إليه .

ومهما يكن الفصل في هذه الجدلية ، فان المرء لا بد ان يجد مبررا للشعور بان هنالك رابطة اشد واوثق مما يبدو في الظاهر بين عاطفتي الحب والجنس . وبين عاطفتي الألم واللذة في حياتنا الاعتيادية . وسيظل من الصعب على الباحث تفسير ضرورات قيام العنف في العلاقات الجنسية بحدودها المألوفة والمقبولة والممارسة من قبل معظم الناس ، او بحدوده الشاذة وغير الطبيعية . فهل الأمر كما هو عليه يخدم غرضا حياتيا هاما يسهل البقاء ويعين عليه ؟ او انه مجرد انحراف مرضي في علاقة الجوار والتفاعل بين مراكز العنف والجنس في الدماغ ، او انه انحراف في عملية تطبع الإنسان على العلاقات الاجتماعية ، او انه يمثل خطا في النمو النفسي الجنسي للانسان ؟ .. هذه الافتراضات وغيرها ما زالت قائمة في أمر السادية الجنسية والسادية بشكل عام .

ومن الأمور المتعلقة بالسادية الجنسية ظاهرة اقبال الناس في معظم الحضارات والأزمان على ما يتسم بالعنف في السلوك سواء كانت هذه الفعاليات جسدية كالحرب والعراك المؤذي والرياضة وغيرها من النشاطات الجسمية المتسمة بالعنف ، او كانت فعاليات غير جسدية كالصور والأفلام والروايات التي تصور العنف . وفي رأي بعض الباحثين ان هذه الظاهرة الإنسانية من الإقبال المباشر او غير المباشر على العنف ، إنما هي مظهر من مظاهر التعبير عن الطاقة الجنسية التي لا يمكن استنفادها بشكل كاف عن الطرق الجنسية المباشرة ولا بد لها لذلك من ان تظهر على صورة عنف او ميل نحو العنف . ومع انه من الصعب إثبات

هذه العلاقة ، إلا اننا لا نستطيع ان نغفل الملاحظة العلمية وهي ان الاستجابات الجسمية الفيزيولوجية للتعدي والعنف مهما كان الداعي اليها ، هي استجابات مشابهة في معظمها للاستجابات الفيزيولوجية للعلاقة الجنسية ، كما ان قدرة الفرد على ممارسة العنف لاي داع كان ، تضعف إلى حد بعيد حال وصول الفرد إلى دور الانحلال (الذبول) من الاستجابات الجنسية ، اي بسبب انغماس الفرد المتواصل في الفعاليات الجنسية . وهذه الملاحظات وغيرها تبين مدى العلاقة بين العنف والجنس في حياة الإنسان وفي المجالات المختلفة من نشاطاته .

المازوخية Masochism

المازوخية هي القطب المعاكس للسادية في محور السادومازوخية ، وتتمثل الحالة المازوخية في اقبال الفرد وتقبله لما يمكن ان يقع عليه من الم او إيذاء جسمي او نفسي من شخص آخر أثناء التمهيد للعلاقة الجنسية بينهما او أثناء العلاقة الفعلية .وكما هو الحال في ظاهرة السادية ، فان درجة ما من تقبل الألم وحتى توقعه والسعي إليه قد يكون امرا طبيعيا في العلاقة الجنسية الطبيعية عند معظم الناس ، غير ان جعل الحالة انحرافا مازوخيا يقتضي توافر التجاوز لهذه الحدود الطبيعية ، مما يوقع الايذاء على احد الشريكين في العلاقة الجنسية . كما ان الحالة تعد انحرافا فيما إذا اعتمدت العلاقة الجنسية اعتمادا اساسيا على تقبل الألم ، ا وان تقبل الألم في حد ذاته أصبح الغاية او البديل للعلاقة الجنسية .

كان العالم الجنسي (كرافت ابنج Kraft-Ebing) اول من استعمل مصطلح (المازوخية) وذلك نسبة للكاتب الروائي النمساوي الذي ارتبط اسمه بهذه الظاهرة وهو (ليبولد زاخر مازوخ) الذي عاش بين (1836 و 1895) والذي ألف الرواية المشهورة (فينوس في الفراء) . والمعروف ان الرواية تمثل في بعض أجزائها فترات وتجارب من حياة المؤلف نفسه وخاصة في طفولته . وتتلخص أهم الحوادث في تجربته ، وهي الحادثة التي استرعت اهتمام المحللين النفسيين ، بان مازوخ في طفولته كان يعيش مع عمته والتي كانت تعاشر عشيقا لها بين الحين والأخر . وقد دفعه حب الاستطلاع ذات مرة للاختباء في دولاب للثياب ليشاهد ما يحدث بالفعل ، فرأى عمته وهي تبدل ملابسها وتلبس ثوبا من الفرو الناعم ، ثم يقبل عشيقها وتطارحه الغرام . وبينما كان مازوخ يرصد كل ذلك بحماس واهتمام ، بدرت منه حركة جلبت

الانتباه إليه واكتشف أمره وعاقبته عمته بضرب مؤلم . وهكذا يفسر المحللون قيام ارتباط بين الألم الذي وقع عليه وبين لذة الإثارة الجنسية التي كان مازوخ يتمتع بها ، وبأن هذا الارتباط قد تأصل في نفسه والى حد جعل من الممكن قيام اعتماد متبادل بين شعوري الألم واللذة . ومع ان هذه التجربة كانت شديدة وصارمة في مخيلة وشعور مازوخ ، إلا انه يشك بان تجربة واحدة من هذا النوع تكفي لقيام ارتباط دائم بين الألم واللذة ، والى الحد الذي يمكن جعله انحرافا ، ولا بد لنا لذلك من ان نفترض تكرر مثل هذا الارتباط في التجربة ، او ان المازوخي مهيأ بطبيعته النفسية إلى مثل هذا الانحراف وان كل ما يحتاجه هو التجربة التي تبدأ نمط الانحراف الجنسي.

ان من غير الواضح تماما فيما إذا كان الخضوع او القبول للالم هو الذي يكون اللذة الجنسية او يكون بديلا عنها . كما انه لا يوجد رأي قاطع من ان الشخص الذي يقع عليه الألم يشعر به كألم ، ا وان الألم يتحول في احساسه إلى شعور باللذة حتى قبل ان يتحسسه كألم . ومع ان بعض العلماء يعتقدون ان احساس الألم في نفس المازوخي يتحول بطريقة ما إلى لذة إلا انهم لم يستطيعو حتى الان بيان هذه الطريقة وهنالك آخرون لا يتفقون مع هذا الرأي من ان الألم يتحول إلى لذة ، ويرون ان تقبل الفرد للالم هو الثمن الذي يترتب على الفرد ان يدفعه مقدما من اجل الحصول على لذته الجنسية . فالانثى مثلا ، وهي التي يقع عليها اكبر قدر من الإيلام ، والاكثر تقبلا له في علاقتها الجنسية ، فانها في نظر هؤلاء لا تقبل بالالم كضرورة للوصول إلى متعتها الجنسية فقط ، وإنما بسبب اضطرارها للمطاوعة الجنسية . وبذلك يكون قبولها للالم هو الثمن للحصول على لذة اعظم . ومع ان النظرية التحليلية التي تفسر المازوخية على أساس من تجارب الطفولة التي تربط بين الألم والمتعة الجنسية ، تبدو مقنعة إلا ان الأمر ليس من السهولة كما يبدو نظريا ، هذا ويتجه البحث في السنوات الاخيرة نحو دراسة العلاقة التي تربط بين اللذة والألم في الشعور ، وبعض الابحاث حتى الان تؤيد الصلة الوثيقة بين الاحساسين – وعلى سبيل المثال فان احاسيس الحرارة والدغدغة والقرص قد تكون مثيرة لشعور اللذة إلى حد ما ، غير انها تصبح الما إذا ما تجاوزت هذا الحد . ومن الملاحظات أيضا ان الإحساس بالالم إذا ما استمر وتواصل ، فقد يصبح احساسا مرغوبا فيه . وهكذا فان ما يبدو في الأصل مجرد مطاوعة او خضوع بالضرورة للعلاقة الجنسية المؤلمة

فانه قد ينتهي اخيرا بتوفير اللذلة لصاحبه ، ومن شان ذلك ان يدفع بالفرد للسعي إلى لذته حتى ولو كانت عن طريق الألم وتقبله . وقد يسند مثل هذا الرأي ان الألم كلما زاد ، كلما كانت اللذة التاليه له اكثر متعه لصاحبها ، وهي ملاحظة معروفة منذ القدم ولها ما يؤيدها في مفهوم العلم المعاصر . والملاحظات التي اوردناها ، بما فيها تجربة مازوخ في حداثته ، تضع تفسير المازوخية ضمن عمليات التطبع الشرطي في قيام السلوك الإنساني . ولهذا التفسير ان يسمح بالجمع بين الاحاسيس المتضادة في طبيعتها ، وان يمكن من استبدال الواحد منها بالاخر ، او اعتماد الواحد منها على الاخر .

ومن النظريات التي لابد من الاشارة اليها هي التي تفسر قيام المازوخية على انها مظهر من مظاهر الإنسان الطبيعية . فالطبيعة الإنسانية تبعا لذلك ، تقوم على أساس (المتسلط) (والخاضع) في التعامل الحياتي . وان هذا الأساس من التعامل هو ضرورة لاقامة التوافق بين المستلط والمتسلط عليه في العلاقة الجنسية . ويرى الباحثون ان الرجل في حياته نحو السادية وان الأنثى ، وهي المتسلط عليها والخاضعة في العلاقة الجنسية ، هي المازوخية غير ان غيرهم يرى عكس ذلك ، ويجد ان الأنثى اعظم سادية من الذكر . وانها في طبيعتها اكثر عنفا وان كانت تمارس عنفها وساديتها على الرجل بطريقة غير جسدية وغير مباشرة . وتحقق لذتها بما تفرضه عليه من المعاناة في التواق اليها وملاحقتها ، وفي (انهاكه) في العلاقة الجنسية ، وهي العلاقتة التي لا تنهكها . ويفسر آخرون المازوخية على أساس توافر الانطباع الذهني المكتسب بالتلقين والتعليم لدى الأنثى، من ان الألم ضروري لعملية الانجاب وفض البكارة ، وهي عمليات مؤلمة ، ومثل هذا الانطباع ينمو في ذهن الأنثى إلى حالة اعداد نفسي يحفزها على تقبل الألم من اجل انجاز هذه المهام . ومن شان هذا الاعداد النفسي ان يسترسل وينفذ إلى الممارسات الجنسية التي تخرج عن هاتين الحاجتين . وربما لا يكون هذا الاعداد مقتصرا على النواحي النفسية ، فهو قد يتعدى ذلك إلى المجال البيولوجي . ويؤيد هذا التصور الملاحظة بان التغيرات الفيزيولوجية التي تصاحب الذروة عند الأنثى تتشابه تماما مع التغيرات الفيزيولوجية التي تحدث أثناء الدور الثاني من ادوار عملية الوضع . وبان الشعور في الحالتين متشابه ، وهذه الملاحظة تعطي الدليل ليس على مدى الترابط بين الألم والذروة في

الشعور ، وإنما أيضا تؤكد ضرورة الإحساس بالالم بوصفه تجربة حياتية تخدم اهداف الحياة وتعطي الرضا والمتعة في (البقاء) .

كما سبق واشرنا في موضوع السادومازوخية بشكل عام ، فان من غير الضروري ان يستقطب السلوك اما بالسادية او المازوخية ، فقد يتصف البعض بالسلوكين معا في آن واحد او بالتتابع ، ا وان يكون الواحد ساديا في مناسبة ومازوخيا في مناسبة أخرى ، ومثل هذه الثنائية من الانحراف ، ان وجدت ، تعد تضخيما لواقع تواجد درجة ما من الاتجاه الثنائي في كل انسان بالرغبة في احداث بعض الألم الجسمي او النفسي على غيره ، وفي تقبل بعض الألم الذي يقع عليه من الغير . غير ان أهم ما يعنينا بشان المازوخية ، كما هو الحال بشان السادية ، هو مدى الحاجة إلى ممارستها للارضاء الجنسي ، وما قد يترتب على ذلك من نتائج مؤذية لاحد الطرفين ، وما لهذه النتائج من ملابسات اجرامية .

الفصل السابع

البرودة الجنسية عند الأنثى

البرودة الجنسية

مصطلح البرودة الجنسية قديم الاستعمال . ويفضل عليه الآن مصطلح العطل الجنسي عند الاناث كما هو الحال في مصطلح العطل الجنسي عند الذكور . وهنالك من يساوي بين مصطلح العنة عند الذكور والبرودة عند الاناث ، كما ان هنالك من يعارض الرأي في تشابه الحالتين على اساس ان الذكر العنين له دوافع جنسية طبيعية غير انه عاجز عن الأداء الجنسي الطبيعي ، بينما الأنثى الباردة جنسيا، فانها لا ترغب في الجنس ، وتدير ظهرها له ، وليس لديها المقدرة على ان تأمر نفسها بالرغبة الجنسية اكثر مما يستطيع الذكر ان يحقق ارادته باحداث الانتصاب .

قد يكون هنالك ما يسوغ الابقاء على تعبير البرودة الجنسية لا لقدمه فقط ، وانما لشيوع تداول المصطلح تعبيرا عن واقع في الحياة الجنسية عند نسبة غير قليلة من الاناث ، ثم ان لمصطلح البرودة ان ينوه بهذا الواقع وطبيعته اكثر من أي مصطلح آخر . ومع ذلك فانه ينبغي محاولة تعريف هذا المصطلح وتعيين حدوده ودرجاته وبيان انواعه واسبابه . ولعل افضل ما يعرف به مصطلح البرودة ، هو انه حالة من الشعور والدافع السلبي عند المرأة للامور المتعلقة بالجنس والسلوك الجنسي . وهذا الشعور اما يكون دائما او محددا لفترة زمنية وربما يكون عاما ، وقد يرتبط بموقف او ظرف معين او بعلاقة جنسية معينة ، وربما يكون عاما يشمل المجال الجنسي بكامله ، وقد يتحدد اما في الرغبة الجنسية او الاستثارة الجنسية او في الاستجابة الجنسية او في تعذر الحصول على الذروة الجنسية . وجميع هذه الدرجات من البرودة يقتضي تحديدها ، وإلا تعذر حصر العطل الجنسي في نطاقه ، وتعذر معه البحث في اسبابه والتوصل الى علاجه المناسب .

هنالك من يتخذ موقفا من الحياة الجنسية للأنثى ينفي فيه على الأنثى انها تملك طاقة جنسية ، وأصحاب مثل هذا الرأي يجدون أن الاثارة والتوتر الجنسي هو شيء مقبول وطبيعي في الرجل ، بينما هو شيء غير طبيعي وغير مقبول في حياة الأنثى . ويسوغ بعضهم هذا الرأي بأن الاثارة والتوتر الجنسي قد يكون ضروريا لبقاء الجنس الانساني ، غير ان الرجل ما

دام يملك هذه المقدرة على الاثارة والتوتر ، فانه لا توجد هنالك حاجة بيولوجية ضرورية للاثارة والتوتر الجنسي للمرأة . وباختصار فان مثل هذه الآراء تجرد الأنثى من الرغبة الجنسية والدور الايجابي في العملية الجنسية ، وتعطيها فقط دورا سلبيا ومستلما في هذه العملية . وقد توطنت مثل هذه الآراء في تفكير وتقاليد الكثير من الناس في العديد من المجتمعات . ومثل هذا التصور للطاقة الجنسية عند الأنثى ، يتعارض مع ما هو ثابت علميا وواقعيا من ان الأنثى قادرة كالرجل على النشاط الجنسي ان لم تكن اكثر منه قدرة على الأداء الجنسي ، وهو الواقع البايولوجي الذي ظل كامنا في التجربة الجنسية للأنثى بفعل عوامل اجتماعية وحضارية شجعت النظر الى الأنثى على انها اقل من الرجل في هذا المجال ، او ان عليها ان تكون او ان تظهر على مستوى من الفعالية الجنسية اقل مما يتصف به الذكر . وقد كان من نتائج هذه النظرة الاجتماعية والحضارية النظر الى الاثارة والتوتر الجنسي شيئا مقبولا ومرغوبا فيه عند الذكر ، غير انه غير مقبول ومرغوب فيه عند الأنثى . واقتضى لذلك ان يفرض على المرأة ضرورة النهي عن الجنس او انكاره او تصعيده وتحويله الى نواح تعبيرية اخرى ، او اظهاره بشكل مشوه وغير طبيعي .

ان هنالك من يحمل الرأي بان مهمة المرأة في العلاقة الجنسية هي ارضاء الرجل وبأن قناعتها تأتي عن شعورها بانها استطاعت هذا الارضاء ، وهذه نظرة تنفي عن الأنثى امتلاكها لطاقة جنسية تحتاج الى تعبير وارضاء في ذاتها . ويقول احد الباحثين في تعليق على هذا الراي بانه ((لا يمكن قبول الرأي بان الشيء الطبيعي هو ان يكون هدف الانسان في الحياة الوفاء بحاجات شخص آخر وعلى حساب اهمال حاجاته هو)). وعلى هذا فان من الخطأ النظر الى الأنثى بانها باردة في الطبع ، وبانها وجدت لكي تفي بحاجات ارضاء الرجل ولتحقيق اغراض التكاثر فقط .

لقد كان من آثار الفعل الاجتماعي والحضاري على حياة الأنثى والنظر اليها طرفا ادنى في العلاقة الجنسية ان الأنثى اضطرت في شعورها الواعي في الاقل الى النظر الى نفسها بانها ادنى من الرجل في مجال الجنس ، ((وبأن الانوثة المثالية هي حالة وسطى بين النشاط والسلبية في الحياة الجنسية ، وضمن سيطرة الاتجاه العائلي السائد عن دور المرأة في العلاقة الجنسية)).

انواع البرودة

يمكن تقسيم البرودة الجنسية عند الأنثى على عدة اسس نوعية او سلبية . وعلى العموم فان هنالك فئتين من انواع البرودة ، الفئة الاولى ، وهي فئة قليلة العدد نسبيا ، وتشمل الحالات الشديدة من العطل الجنسي العام ، والذي يتمثل في النقص الكلي في الرغبة او الميول الجنسية وفي الاستجابة اللازمة للاثارات الجنسية . اما الفئة الثانية ، فهي الفئة الاكبر من حالات العطل الجنسي عند الأنثى ، غير انها حالات اقل شدة وتشمل نوعين من عطل الذروة النوع الاول هو عطل الذروة الاساسي والذي لا تستطيع فيه الأنثى الحصول على الذروة في اية حاله وبأية طريقة ، اما النوع الثاني فهو ((عطل الذروة الموقفي)) ، وهو العطل الذي يحدث في مواقف معينة . ويفترض في عطل الذروة في أن الأنثى ترغب في الجنس وأن لها الدوافع النفسية الكاملة نحوه ، وتتكون عندها الاستجابة الفيزيولوجية اللازمة ، غير انها لا تستطيع الوصول الى الذروة ، سواء كان ذلك عن طريق الاستمناء الذاتي ، او الاستمناء بفعل الشريك الجنسي او عن طريق الجماع المباشر.

أسباب البرودة

هنالك اسباب عديدة للبرودة الجنسية عند الأنثى ، ومعظم هذه الاسباب قد ورد بيانها في موضوع العطل الجنسي عند الأنثى في الفصل الخاص بالحياة الجنسية عند الأنثى . ويمكن اختصار هذه الاسباب بما يلي : (كما اوردها ماسترز وجونسون 1974) .

الأسباب المادية والعضوية :

1- استعمال الأدوية المسببة للإدمان الدوائي سواء المثبطة للجهاز العصبي مثل الكحول، والمنومات والمسكنات والمواد المخدرة الأفيونية ، او منشطات الجهاز العصبي مثل النيكوتين (التدخين) والكافيين (الافراط في شرب القهوة) والامفيتامينات .
2- الادوية والمستحضرات التي تمنع ترطيب الفرج او تحول دون تورمه (احتقانه) . او انها ترفع من عتبة الاستثارة الجنسية . ومن هذه الادوية المعقلة ، والادوية المضادة الكولونية والادوية الخافضة لضغط الدم .

3- الامراض المزمنة والمسببة للوهن والنحول ، مثل امراض القلب والدورة الدموية وامراض الكلي وامراض الدم ، والاورام السرطانية .
4- الاضطرابات الهرمونية والتي تشمل معظم الغدد الصماء وتؤدي عادة الى عجز في افرازاتها ا والى عدم توازن في هذه الافرازات ، ومن هذه الاسباب تناول بعض الهرمونات الانثوية مثل بروجستيرون Progesterone والاستروجين Estrogen، والعمليات الجراحية لاستئصال المبيضين وغدة السوبرارينان .
5- اضطرابات الجهاز التناسلي البولي ، من التهابات واورام او تشويه خلقي ، او وجود فرج ناقص النمو او طفولي ، او عدم وجود بظر .
6- آفات الجهاز العصبي ، وخاصة ما يؤثر منها على الجهاز العصبي السمبثاوي والبارسمبثاوي ، وآفات النخاع الشوكي وخاصة ما وقع منها في المنطقة القطنية والعصعصية والعمليات والشدة على الظهر .

الاسباب النفسية للبرودة

الاسباب النفسية للبرودة الجنسية تكون معظم التسبيب للمشاكل الجنسية عند الأنثى وخاصة في مجال البرودة الجنسية . وفيما يلي بعض الآراء السببية النفسية :

1- النظر الى البرودة الجنسية بانها استجابة تطبع غير طبيعي للقلق ومن مصادر مختلفة ومن هذه المصادر المحركة للقلق :

- ان الشخص يحمل في ذهنه او يعيش قيما جنسية متشددة وناهية عن الجنس . فالاثارات الجنسية من اي مصدر كان ، لابد ان تحرك في نفوسهم الصراعات النفسية كالشعور بالاثم والاشمئزاز والقلق .
- نتيجة تجربة جنسية فاشلة او مسببة للمعاناة ، وخشية المرأة من تكرار هذه التجربة
- الجهل وقلة المعرفة بالاستجابات الجنسية الطبيعية ، سواء كان هذا الجهل مقررا حضاريا ، او ان الأنثى المعينة قد اختصت له بالذات بسبب ظروفها الخاصة . وحضارتنا على العموم تشجع الأنثى على ان تكون سلبية في العلاقة الجنسية والتغاضي عن ادراك مشاعرها الجنسية ، وضرورة التقليل من الدوافع والحاجات

الجنسية ، والتغاضي عن ادراك مشاعرها الجنسية ، وضرورة التقليل من الدوافع والحاجات الجنسية ، وتفادي اكتشاف المرأة لجواذب ومواطن الجنس في جسدها والقبول بمبدأ المبادرة للرجل ، والتسليم بحقه في هذه المبادرة . ونتيجة هذه العوامل فان المرأة تعيش وضعا نفسيا غير متكافئ مع الرجل . مما يجعلها في الكثير من الاحيان مجرد مراقب للعملية الجنسية ، وتنظر الى دورها فيها من زاوية كفاءتها ومقدرتها على ارضاء شريكها الجنسي . ومعنى ذلك ان المرأة لا تحس او لا تتقبل مشاعرها الجنسية وهي تنكرها ، وما ينجم عن هذه الافكار من موانع نفسية امام التعبير الصريح والكافي عن طاقتها الجنسية .

2- **الاسباب النفسية غير الواعية ، وتشمل هذه الاسباب الصراعات النفسية غير الواعية ومن هذه الصراعات ما يفسر على اساس (عقدة اوديبوس)، فالطفلة التي تفشل في حل هذه العقدة بشكل طبيعي ، فانها تنمو بحيث انها عندما تتعرض للاثارة الجنسية في الكبرفان هذا التعرض له أن ((يوقظ من جديد ميولها الجنسية المحرمة نحو والدها ، مما له ان يؤدي الى اثارة حالة من القلق الطافح ويؤدي الى تعطيل ميولها واستجاباتها الجنسية)) وهنالك نظريات نفسية اخرى تفسر خوف الأنثى من الوصول الى الذروة وهي ترد ايضا صراعات نفسية داخلية غير واعية . ومن هذه ان المرأة تخشى الذروة لخوفها من الموت ، وبانها تخشى فقدانها للسيطرة على جسمها ، وخشيتها من ان تذوب في كيان شريكها الجنسي ، وخوفها من النكوص وخسارة هويتها الشخصية ، وحاجتها الى انكار هويتها الجنسية الكاملة ، الى غير ذلك من التعليلات النفسية التحليلية .**

مع كثرة ما قدم من نظريات واعطي من اسباب لحالات البرودة الجنسية ، فان البحث في هذا الموضوع ما زال في بدايته ، ومع تشدد الأنثى التقليدي في الافضاء بحقائق حياتها الجنسية الا ان هنالك من البوادر التي تشير الى انها اصبحت اكثر تحررا في استعدادها واقبالها على مثل هذا الافضاء ، غير انه سيمر وقت طويل قبل ان تقبل على ذلك بنفس الدرجة والصراحة التي يمارسها الرجل في بحث قضاياه الجنسية ، وقد يكون من نتائج تحرر المرأة من قيود الافضاء التقليدية ، ان تصبح تلقائيا في وضع يحررها من النواهي والكوابت العديدة والمتراكمة ، والتي جعلتها حتى الآن تنظر إلى نفسها شريكا مستلما وغير فعال في الحياة الجنسية وهي النطرة التي تخالف طبيعتها وتكمن وراء معاناتها وبرودتها .

الجنس والإبداع

بينا فيما سبق بعض الآراء والنظريات حول فعل الطاقة الجنسية في حياة الإنسان وفي تطوير الحياة والحضارة الإنسانية ، ولهذه الآراء والنظريات ان تفسر ليس فقط الفعل الجماعي والعام للحياة الجنسية في المسيرة الحضارية ، وإنما أيضا فعلها على المستوى الفردي بوصفها عاملا أساسيا في عملية الخلق والإبداع . وقد تناول الكثيرون من الباحثين هذا الموضوع في محاولة بيان ماهية الإبداع والعوامل المقررة له ومحل الطاقة الجنسية ضمن هذه العوامل .

هنالك اتفاق يكاد يكون عاما بين الباحثين من ان المبدعين ، من عباقرة وخلاقين في المجالات الإبداعية المختلفة ، يولدون وهم يحملون في ذاتهم مواهب خاصة . غير ان من الصعب علينا حتى الآن معرفة الطبيعة المحددة لهذه المواهب ، والى اي حد تتقرر الموهبة بعوامل تكوينية (وراثية) ، ا والى اي حد تقرر هذه العوامل التكوينية ظهور الحساسية الإدراكية المرهفة للموهوب ومقدرته غير الطبيعية على ربط ودمج الأفكار بالخيالات في عملية الخلق والإبداع .

لقد لاحظ بعض الباحثين في سير وشخصيات أصحاب المواهب الإبداعية ان نسبة غير قليلة منهم يتصفون بخاصية العنف والتعدي ، وهي صفة تتقرر بفعل قوى غريزية ، وأثارت هذه الملاحظة احتمال ارتباط الخلاقية بقوة غريزية أخرى ، وهي الغريزة الجنسية . ولعل أكثر من وجه الانتباه إلى قيام مثل هذه الرابطة الخلاقية بقوة غريزية أخرى ، وهي الغريزة الجنسية. ولعل أكثر من وجه الانتباه إلى قيام مثل هذه الرابطة هو فرويد ، والذي ارتكزت معظم كتاباته على أهمية الطاقة الجنسية في الحياة الإنسانية بما في ذلك فعل هذه الطاقة على التطور الحضاري العام ، وعلى فعلها الخلاق على المستوى الفردي ، وقام بدراسات عدة عن فعل هذه الطاقة في حياة بعض المبدعين ومنهم الفنان ليوناردو دي فنشي .

ويفسر فرويد العملية الإبداعية في الموهوب بأنها عملية تصعيد او تسامي للطاقة الجنسية التي لم يكن هنالك بد من كبتها في مرحلة ما من مراحل النمو ، ومن ثمة تحويل

مجراها إلى فعل إبداعي خلاق . وقد حدد فرويد فترة الكبت للطاقة الجنسية بأنها تقع في (دور الكمون) من ادوار النمو النفسي ، والتي تقع بين سن الخامسة وسن البلوغ . وبسبب احتباس الطاقة في هذه الفترة ، فإنها تتحول وتتوجه إلى غايات أخرى، فهي اما تتحول إلى مجال التعبير الإبداعي ، وهو ما يعبر عنه بعملية التسامي او التصعيد ، او انها تتحول إلى شكاوي وإعراض من الاضطراب النفسي ، او ما يسمى بردود الفعل ، وهو تحول غير إبداعي . والأخذ برأي فرويد على علاته له ان يعطي الانطباع بان الفرد اما يتجه نحو الإبداع بسبب كبت وتحويل طاقته الجنسية ، او انه يتوجه نحو تكوين ردود فعل مرضية. غير ان الأمر ليس على هذه الدرجة من التبسيط ، إذ يقتضي أولا ان يحمل الفرد في تكوينه إمكانية الموهبة الإبداعية ، اما ما يحدث بعد ذلك ، فانه يعتمد على توافر عوامل أخرى اما توجهه نحو الإبداع او نحو المرض ، وللفرد المبدع ان يكون طبيعيا في حياته النفسية ، ا وان يعاني من اضطراب نفسي في نفس الوقت ولمعاناته النفسية اما ان تساعده في عملية الخلق والإبداع ، ا وان تسد عليه الطريقة أمام تحقيق هذه الإمكانية ، وهو الواقع الذي يفسر ما يلاحظ من ان بعض المبدعين يتمتعون بحياة نفسية طبيعية ، وبعضهم يعاني من اضطرابات نفسية قد تكون شديدة في بعضهم ، وفي آخرين ، فان قيام المرض النفسي اما يوقف عملية الخلق مؤقتا او يؤدي إلى إنهائها .

من الملاحظات التي وردت حول موضوع العلاقة بين الجنس والإبداع . الملاحظة بان مراحل النمو الجنسي التي يمر بها الفرد في طفولته وحداثته هي في المبدع مراحل غير واضحة المعالم ، كما لوحظ ان شخصية المبدعين على العموم فيها من الشبه بشخصية المنحرفين جنسيا أكثر مما فيها من شخصية الأسوياء في حياتهم الجنسية ، وهذه الملاحظة لا تدلل بالضرورة على توافر مظاهر السلوك الجنسي المنحرف عند المبدعين ، وان كان هنالك بعض الباحثين الذين يربطون بين الانحراف الجنسي وبين الإبداع ، خاصة في حالات الانحراف الجنسي المثلي . ويرى باحثون آخرون ان ذوي المواهب الإبداعية ، يملكون طاقة جنسية أعظم وتعطيهم قدرا اكبر من التحرك في سلوكهم الجنسي ، ليس بالضرورة عن طريق الممارسة الجنسية ، وإنما بالتعبير عنها بطرق أخرى كالحب مثلا . وتقول الباحثة (جرين ايكر GREEN ACRE) في هذا الأمر((ان الخلاقية هي هبة من الله ، وفي موقف يقوم فيه المبدع بعملية حب جماعية مع العالم ، وهو يوفر عطايا الحب لهذا العالم ، وهو في ذلك لا يسعى فقط لمجرد الحصول على الإرضاء الجنسي)).

هنالك من يرى ان تمتع الفرد بالإرضاء الجنسي المجدي والمريح له ان يمنعه من القيام بعمل خلاق . وقد أبدى (ايسل) مثل هذا الرأي بقوله : ((ان العلاقة المجدية جنسيا والقائمة بين الفرد وبين موضوع معين هي علاقة لا تتوافق مع الخلاقية)). ويعطي مثلا عن ذلك ان (جيته) كان فاشلا في خلق اي عمل إبداعي عندما كانت تتوافر له علاقات حب مجدية . وهكذا فهو يعد الإرضاء الجنسي عاملا مثبطا للخلاقية . ومثل هذا الرأي قد عرف منذ قرون عديدة ، فالعرب في الجاهلية جعلوا الإسراف في الجنس عاملا مؤذيا لفعل العقل ، واتخذ الرازي رأيا مماثلا عندما أكد على ما يلحقه الركون إلى الشهوة الجنسية من آثار على العقل والحكمة .

قد يبدو ان هنالك تضاربا في الآراء حول القيمة الإبداعية للطاقة الجنسية بين أولئك الذين يرون في هذه الطاقة مصدرا إبداعيا ، وبين أولئك الذين يرون على العكس من ذلك ان مطاوعتها وإرضائها يعيق عملية الإبداع . وربما لا يكون هنالك من التضارب الذي يبدو في ظاهر الأمر إذا ما سلمنا بأهمية الطاقة الجنسية على انها طاقة خلاقة على ان لا تبذر هذه الطاقة عن فعلها الخلاق ، سواء جاء هذا التبذير بربطها بحالات مرضية ، او باستهلاكها المتواصل عن طريق الإمعان في الممارسة . وإذا كان للطاقة الجنسية أهميتها في عملية الإبداع ، وهو ما يراه الكثيرون ، فانه لا بد لها من ان تستثمر لهذا الغرض ، وهي إذا استنفدت في سبيل آخر ، نضب مجراها في عملية الإبداع . ولعل هذا الرأي هو ما عبر عنه الكاتب كافكا في تجنبه للعلاقات الجنسية ، وذلك في قوله ((ان ما يعطى للجنس يؤخذ من الكتابة)). وقد يكون بيكاسو على غير ما رآه كافكا ، فهو حتى في عمره المتقدم جاء بالقول : ((او كنت معماريا لصممت واجهات البيوت على صور جسم المرأة)) . وفي القولين ، على ما يبدو بينها من تباعد ، ان يعينا بعض ابعاد الحياة الجنسية واهميتها في عملية الخلق والإبداع .

لقد اتضح مما بيناه أيضا مدى العلاقة بين وجود الغريزة الجنسية في الإنسان وبين التطور الحضاري للانسان . وربما لم يكن لهذه الغريزة مثل هذا الفعل لو ان الإنسان لم يملك في نفس الوقت تلك الدرجة من تطور الامكانيات العقلية والعاطفية والتي لا بد من توافرها إذا كان للجنس ان يستغلها بوصفها وسيلة للتعبير واداة لتطوير الحضارة الإنسانية . ولعل من الخطأ النظر إلى كل من الطاقة الجنسية من ناحية ، والطاقة العقلية والعاطفية من ناحية أخرى ، على

انها طاقات مفرقة الواحدة عن الاخرى ، وانها تتفاعل مع بعضها على هذا الاساس ، ذلك ان جميع هذه الطاقات مترابطة في الواقع البايولوجي للانسان ومن المتعذر وضع الحدود الفارقة بينها ، ولهذا فان التفاعل بينها هو تفاعل مستمر ، ويتم ضمن العمليات البايولوجية الملكية ، وهو تفاعل لا يؤدي إلى الابقاء على حالة من التوازن الحياتي ، او للابقاء على الجنس فقط ، وإنما يضمن أيضا عملية التطور الانساني ، وهي عملية يفرض فيها العقل من الاثر على الحياة الجنسية قدرا لا يقل عن اثر الجنس على الحياة العقلية ، وهذا الواقع هو الذي اعطى الإنسان إمكانية التطور الاجتماعي والحضاري التي لا تستطيعها الحيوانات الاخرى . ولعله لذلك إذا قدر لاحد الطاقتين الجنسية او العقلية ان تتضاءل قوة وتميزا في الحياة الإنسانية ، فان للطاقة الاخرى ان تقل او تتضاءل قوَّة ، وان يؤدي ذلك بالتالي إلى التوقف او الانحدار الحضاري في الحياة الإنسانية .

الفصل الثامن

الضعف الجنسي

الضعف الجنسي

ان طبيعة الحياة الجنسية تجعل من الصعب التوصل الى مقياس يعين مقادير القوة او الضعف التي تتميز بها ناحية او اخرى من نواحي هذه الحياة المتعددة العناصر والمتشابكة في العوامل المؤثرة فيها . وهذه الصعوبة تجعل من الفرد نفسه او من شريكه الجنسي ، الوازن للقوة او الضعف في العلاقة الجنسية . واي من المشاركين في العملية الجنسية يزن ذلك على اساس من توقعاته لما يجب ان يكون عليه من قوة ، وهي التوقعات التي يتوصل اليها من تجاربه السابقة ومن معرفته بتجارب الاخرين ممن هم في سنه وفي ظروف وبيئة مماثلة لبيئته وظروفه . وتبعا لهذا المنظور للقوة والضعف في الحياة الجنسية ، فان الفرد قد يكون ضعيفا اذا ما قورن بامثاله ، او انه قد يصبح ضعيفا بعد قوة لسبب او آخر ، ومثل هذا الضعف قد يكون في درجات متفاوتة وقد يمتد الى فترات مختلفة الزمن ، كما انه قد يظهر في ظروف حياتية معينة دون غيرها بما في ذلك المكان الذي تتم فيه العلاقة والشريك في هذه العلاقة وفيما يلي بعض الاسباب الهامة التي يمكن لها ان تحدث ضعفا في القابلية الجنسية بما في ذلك الدافع الجنسي والاداء الجنسي الفعلي .

البنية الجسمية

ليس للبنية الجسمية في حد ذاتها اي ارتباط اساسي بالقابلية الجنسية ، فالطول والقصر والنحالة والبدانة وقوة العضل لا تقترن بالضرورة بمستوى معين من القابلية الجنسية غير ان البنية الناحلة او البدينة تقترن عادة بوهن في القابليات الجسمية وسرعة الشعور بالتعب والاجهاد ، ومثل هذا الاقتران يظهر ايضا في الطاقات البايولوجية الاخرى بما في ذلك النواحي الجنسية ، ومع ان الدافع الجنسي والاداء الجنسي قد يكون طبيعيا في الممارسة الواحدة ، الا ان آثار التعب تظهر على الممارس بشكل اسرع ولمدة اطول مما هو الحال عند غيره ، كما ان معاودة وتكرار الممارسة تصبح اكثر صعوبة واقل عددا مما هو مألوف .

الحالات المرضية الجسمية

يمكن للضعف الجنسي ان يحدث في الكثير من الامراض التي تصيب الجسم سواء ادت الحالة المرضية الى اتعاب المريض بشكل عام ، او انها تركزت في عضو او جهاز معين من الجسم . او جاءت بسبب فعل الادوية التي يتناولها المريض لعلاج المرض الذي يعانيه . هذا والامراض التي قد تسبب حالة الضعف قد تكون امراض جسمية طبية او جراحية ، وقد تكون امراضا عامة او امراضا تصيب المناطق والاعضاء المرتبطة بالعملية الجنسية .

1- التحول المرضي العام

ان من طبيعة معظم الامراض التي تصيب الجسم ان تسبب الشعور بالوهن الجسمي وان ينسحب ذلك على مستوى الرغبة الجنسية والأداء الجنسي . ويحدث ذلك بشكل عام في جميع الامراض التي تسبب النحول والالم والعجز مهما كانت اسبابها ، وخاصة الحالات المرضية طويلة الاجل او التي تحتاج الى فترة طويلة من النقاهة ، ولمثل الضعف الجنسي الذي يحدث عادة في هذه الحالات المرضية ان يثير حالة من القلق في نفس المريض وان يؤدي ذلك الى التأثير على مستوى قابلياته الجنسية عند ابلاله الكامل من مرضه .

2- الامراض القلبية

اجريت ابحاث عديدة في موضوع الارتباط بين الامراض القلبية وبين الاداء الجنسي ، وقد افادت هذه الابحاث بعدة ملاحظات هامة منها ان اثر العلاقة الجنسية للمصابين بمرض قلبي يساوي اثر ارتقاء الدرج من طابق الى آخر او اثر المشي السريع لفترة وجيزة ، وبان المريض اذا استطاع القيام بهذه الفعاليات بدون جهد واضح فان بامكانه ان يمارس العلاقة مع شريكه المعتاد . غير ان هنالك خطرا من هذه الممارسة مع شريك جديد او بعد غياب طويل . وفي دراسة اخرى قام بها بلوك (1975) ، تبين ان هنالك نقصا في عدد الممارسات من معدل 5,2 مرة في الشهر قبل الاصابة الى حدود 2,7 مرة شهريا بعد 11 شهرا من وقوع الاصابة. ويعزو الباحث هذا الفرق الواضح الى عوامل نفسية من القلق والخوف من الاقدام على الممارسة . هذا وقد بينت دراسة اخرى اجريت على 48 من المرضى الذين اصيبوا بالذبحة

الصدرية ، وافادت الدراسة بان 18 منهم قد عانوا من اعراض تسارع في النبض او حدوث (الأنجانيا - الذبحة الصدرية) وبان خمسة من هؤلاء اضطروا لايقاف العملية الجنسية بسبب الشعور بهذه الاعراض .

3- امراض الكلى والجهاز البولي

جرت معظم الابحاث على صنفين من المرضى ، وهم الذين يؤدي بهم مرض الكلى الى التسمم وبالتالي اللجوء الى تصفية الدم . والصنف الثاني هم المرضى الذين اجري لهم عملية زرع الكلية . ففي الصنف الاول افادت الدراسة (1973) بان نسبة عالية من هؤلاء المرضى يعانون من مشكلة القابلية الجنسية والتي تتكون من نقص في تكرار الدافع الجنسي والعملية الجنسية مع صعوبة في الابقاء على الانتصاب (60%) ، كما افادت الدراسة على الاناث بحصول نقص كبير في امكانية حدوث الذروة ، فتناقصت هذه الامكانية . فبينما كانت 90 انثى من مجموع 142 تحصل على الذروة قبل حدوث حالة التسمم الكلوي ، فان 47 منهن فقط حصلن على الذروة بعد قيام حالة التسمم . وعلى العموم فان البدء والاستمرار بتصفية الدم قد ادى الى تدهور الوضع الجنسي في 35% من الذكور و 24%من النساء ، ونسبة قليلة فقط من هؤلاء يعودون الى حالة افضل . ويعزى هذا التدهور الى عوامل نفسية اكثر مما يعزى الى اسباب عضوية جسمية . اما الوضع بالنسبة للذين اجريت عليهم عمليات زرع الكلية . فهو وضع مشابه لوضع تسمم الكلى وتصفية الدم ، غير ان معاناة المرأة كانت اقل بكثير من معاناة الرجل في مثل هذا الامثر . وقد تأيدت هذه النتائج من دراسات تالية . ويظهر من هذه الدراسات بمجموعها أن هبوطا في القوة الجنسية يحدث في معظم حالات مرض الكلى ، ان لم يكن في كلها ، ومن غير الواضح طبيعة هذا الارتباط وان كان يعتقد أن العامل النفسي في المريض هو العامل الفعال .

4- امراض المفاصل

تقترن امراض المفاصل عادة ، وفي الكثير من الناس ، بدرجة او اخرى من العطل الجنسي وهو امر متوقع بالنظر للفعل الناهي الذي يحدثه الالم والتشنج والتصلب المفصلي والعضلي .

وكل ذلك يجعل العملية الجنسية في الذكر او الأنثى عملية مؤلمة قد يزيد المها على اللذة المتوقعة من اتمام العمل الجنسي ، كما ان الالم يحدد في بعض الاوضاع والحركات اللازمة اثناء العلاقة الجنسية مما يعيق العلاقة او ينهيها قبل اتمامها او يختصرها .(هاملتون 1975). هذا ويمكن لمرض المفاصل ان يؤدي الى تعقيدات اخرى بما في ذلك التهابات المناطق الجنسية واثار العقاقير المقاومة لالتهابات المفاصل ن وبسبب عوامل نفسية اخرى . ومن الملاحظات التي تمر بالكثير من الاطباء شكوى الرجال من آلام الظهر (الظهار Lumbago) ، وارتباط ذلك بالضعف الجنسي في عدد غير قليل منهم . ومع ان هذه الالام قد تكون نتيجة مرض مفصلي في الفقرات ، الا ان الكثيرين منهم لا يعانون من ذلك ، ولهذا فان الارتباط بين الالم والضعف الجنسي هو ارتباط نفسي ، وتكون شكوى المريض من آلام الظهر شكوى رمزية وتعبيرية غير واعية وخاصة في الذكور .

5- امراض الجهاز العصبي

يلعب الجهاز العصبي المركزي في الدماغ والنخاع الشوكي ، وما تفرع عنه من اعصاب جهاز الدورة الدموية وجهاز الكلى والبول وحتى الجهاز العصبي الذي يتحكم الى حد ما في الدورية الدموية من القلب حتى ادق الاوعية الدموية ، فان من الصعب تقرير فيما اذا كان العطل الجنسي الذي يصاحب اضطرابات الاوعية الدموية هو عطل ناجم عن هذه الاوعية ان عن فعل الامراض الاخرى المصاحبة لاضطراب هذه الاوعية . وعلى العموم فان اي شحة في تزويد الدم للاعضاء الجنسية بسبب اي على مرضية او حادث فله ان يؤثر في العملية الجنسية (كاننغ واخرون 1963) ومن امراض الاوعية الدموية التي يقترن وجودها بامكانية الضعف الجنسية هو مرض ارتفاع ضغط الدم . وليس هنالك ما يؤكد وجود ارتباط اساسي بين الحالتين ، وان كانت نسبة الذين يعانون من ضعف جنسي تزيد في مرضى الضغط ، الا ان ذلك قد يكون نتيجة اما لتخوف المريض من الاجهاد والانفعال واثر ذلك الناهي عن اطالة الممارسة او تكرارها او انه ياتي نتيجة الاثار الجانبية للعقاقير المستعملة في علاج ارتفاع ضغط الدم . اما بالنسبة لانخفاض ضغط الدم فان الملاحظ هو ان الذين يعانون من انخفاض واضح في الضغط فانهم يعانون ايضا من سرعة الاجهاد بما في ذلك الاجهاد الجنسي . وهنالك موضوع العلاقة بين

توسع الاوردة الشرجية (البواسير) وبين الشكوى والمالوفة عند المصابين بها من الضعف الجنسي ، ولعل تفسير هذه الرابطة يعود الى عوامل نفسية يردها المحللون الى تثبت الفرد او نكوصه الى دور جنسي نفسي سابق (الدور الشرجي) . وقد لا يتجاوز الامر مجرد انتشار الرأي عن هذه العلاقة في بعض الاوساط الاجتماعية ، واقتناع المصابين بهذا التفسير ، او اخذهم به ، حتى بدون توافر الدليل على وجود البواسير ، وهو الامر الذي يدفعهم الى السعي الى اجراء العملية الجراحية لاستئصال البواسير .

8 - الاضطرابات الهرمونية

هنالك علاقة وثيقة واساسية بين حياتنا الجنسية وبين الاجهزة الهرمونية المختلفة في الجسم . وتتالف هذه الاجهزة الهرمونية من نواة الهايبوثالموس ومن الغدة النخامية ومن الغدد الجنسية (الخصيتين في الذكر والمبيضين في الأنثى) . والامراض او الاضطرابات التي تصيب الغدة النخامية والغدد الجنسية وغدة السوبرارنيل (الكظرية) يمكن لها ان يؤدي الى عطل في الدافع والاستثارة الجنسية في كل من الذكر والأنثى . ومن هذه الامراض ضمور الغدد الجنسية الولادي وتشمع الكبد الذي يؤدي الى ضمور الخصيتين ، وعجز الغدة النخامية ، واورام غدة الأدرينال ، والمروف ان استئصال المبيضين لا يؤثر في حياة الأنثى الجنسية على عكس التأثير الذي يحدث بعد استئصال غدة الادرينال . اما في الرجل فان استئصال الخصيتين اذا ما حدث بعد اكتمال النمو فانه لا يؤثر ي الدافع الجنسي او الانتصاب عند معظم المخصيين . وتفيد الابحاث الهرمونية ان الفرد ، انثى او ذكرا ، يحتاج الى مقادير قليلة من الهرمونات الأندروجين للقيام بالسلوك الجنسي الطبيعي ، وان هذه المقادير تأتي من مصدرين اولهما الغدد الجنسية والمصدر الثاني من غدة الأدرينال . فاذا انقطع المصدر الاول بسبب المرض او الاستئصال تزود ما يحتاجه الفرد من المصدر الثاني . وهكذا فان المهم هو توافر هذه المقادير القليلة ، أما ما يزيد عليها فلا يعرف ان له اهمية علاجية ، وان كان المعروف هو ان زيادة الاندروجين في الأنثى تؤدي الى زيادة الدافع الجنسي عندها .

9 - الاجراءات الجراحية

الأثار الجراحية اما تأتي من فعل الالم الذي يحدد العلاقة الجنسية ، او بسبب تأثير العملية على النظام العصبي المتصل بالعملية الجنسية ، كعملية البروستات ، او بسبب قطع الاعصاب السمبثاوية في المنطقة القطنية ، كما انه يأتي في بعض الناس بسبب الصدمة النفسية التي قد يعانونها من العملية وما توحي لهم به من تشويه لتكامل صورتهم عن انفسهم .

الفصل التاسع

العطل الجنسي

العطل الجنسي Sexual Dysfunction

العنة لفظة قديمة في اللغة معناها (ان يعترض الفرد ما يحبسة عن النساء) (*) كما انها مصطلح مألوف ومتواتر الاستعمال بين عامة الناس وخاصتهم بما في ذلك المجال الطبي قديما وحديثا . غير ان المصطلح بمعناه المألوف ينوه عادة بعدم المقدرة او فقدان القوة على انجاز العلاقة الجنسية . وهو نفس التنويه الذي يعطيه مصطلح Impotence ، وترجمته (عدم المقدرة) او (عدم القوة). وبالنظر لان المصطلح بمعناه الدارج لا يتفق تماما مع المعنى الاصلي للكلمة في اللغة ، وبالنظر لانه يحدد هذا المعنى بدرجاته القصوى في فقدان القوة والمقدرة ، وبالنظر لما في ذلك من تنويه له ان يخلق تعقيدات وملابسات ونتائج اجتماعية وقانونية ونفسية ، فقد بات من الضروري اعادة اعطاء مصطلح العنة مفهوما اكثر دقة ، او استبداله كليا بمصطلح آخر يتجنب التنويهات المعنوية ويضمن شمول الحالات المختلفة من (عدم المقدرة) بانواعها ودرجاتها التي هي عليه . ومن المصطلحات البديلة التي قدمت مصطلح الضعف او الوهن الجنسي ومصطلح العجز الجنسي ، ومصطلح الاضطراب الجنسي (العطل الجنسي) ومع ان جميع هذه المصطلحات لا تحيط بحدود (العنة) الواسعة ، الا ان المصطلح الاخير منها وهو (العطل الجنسي) هو اكثر المصطلحات اقترابا من الوفاء بحاجات الحالات التي يتضمنها الاصطلاح ، بما في هذه الحالات من تنوع في الشكل او الدرجة . ثم ان مصطلح العطل يتوافق مع المصطلحات الطبية المماثلة لحالات العطل في وظيفة اعضاء واجهزة الجسم الاخرى ، ونحن لذلك سنأخذ بالمصطلح الجديد : (العطل الجنسي) مرادفا وبديلا افضل لمصطلح العنة .

لما كانت الحياة الجنسية في الانسان تتكون من سلسلة مترابطة من الفعاليات فان الاداء الملائم لهذه الحياة ومتطلباتها بحلقاتها المتعددة يعدّ اداء طبيعيا ، اما التقصير في الاداء في السلسلة كلها او في حلقة او اكثر منها فيعد عطلا جنسيا ، ويقتضي في تحديد هذا العطل ان وجد ، بيان نوعيته ودرجته ، وهو بيان يجب ان يأخذ بعين المراعاة ما هو منتظر للشخص ان يدركه من كفاءة جنسية في مثل عمره وظروفه الشخصية والاجتماعية والحضارية ، كما يقتضي ان نعين فيما اذا كان العطل القائم عطلا اساسيا وجد منذ البداية، او انه عطل ثانوي

جاء في فترة لاحقة بعد فترة اداء طبيعي ولسبب ما معلوم او غير معلوم . ومن الامور التي يجب تعيينها ايضا هي فيما اذا كان العطل دائميا او انه عطل زمني ينحصر في فترة ما ، او انه يتكرر بين الحين والاخر ، ومع جميع الشركاء في العمل الجنسي ، او انه ينحصر في العلاقة مع شخص او اشخاص محددين ، او في ممارسة جنسية محددة دون غيرها ، او في ظروف معينة من العلاقة مع شريك او آخر . وهنالك امر اخر يقتضي بالضرورة انسحاب العطل على النواحي الاخرى ، فقد يعطل في ناحية ويظل فعالا وطبيعيا في حالات اخرى ، غير ان ما يحدث كثيراً هو ان العطل في ناحية يؤثر في ناحية اخرى من الفعاليات الجنسية ، وهو امر متوقع بالنظر للترابط الزمني والوظيفي في مراحل هذه الفعاليات .

(*) اوردت القواميس مشتقات كثيرة من اصل الكلمة وهو ((عن)) والتي تعني من جملة معاني (اعترض) ، ومن مشتقاتها (عنان) وتعني الممتنع ، او ((البطئ عنة)) والعنين وهو الذي لا يأتي النساء ولا يريدهن ، والعنة وهي ان يعترض المرء ما يحبسه عن النساء . والعنينة وهي المرأة التي لا تريد الرجال ولا تشتهيهم . ويقال ان الفرد عنين ، لانه يثني ذكره لقبل المرأة من عن يمينه او شماله فلا يقصده . ومن هذه الالفاظ والمعاني يتبين ان العنة بمعانيها الاصلية هي اوسع واكثر شمولا من معناها المألوف الدارج ، وهو عدم المقدرة على الولوج والمعاشرة من ناحية الرجل فقط .

1- عطل الرغبة الجنسية

لا يتساوى جميع الناس في قوة رغباتهم الجنسية ، كما انهم لا يبدون نفس القوة من الرغبة دائما وفي جميع الظروف . غير ان العطل يفترض قيامه في هذه الناحية اذا كان الشخص بصورة عامة يبدي تحسسا طفيفا ورغبة قليلة في الأمور الجنسية ، سواء كانت الرغبة تلقائية ، او تطلبتها الاثارة من مصدر او اخر من المصادر المألوفة للإثارة من خيال او صورة او صوت او حديث او شكل او وضع جنسي . وهذا العطل قد يكون قائما منذ البداية وقد يحدث بعد بداية طبيعية او ضعيفة . وكونه شكوى رئيسة للمصابين بعطل جنسي ، فهو يتراوح وقوعا عندهم بين **10%** من حالات العطل (جبوا **Geboes**) **(1975)** و **27.8%** (لايف **Lief**) **(1977)** .

ان من المعتذر وصف المحتوى للرغبة الجنسية ، فهذا المحتوى يشمل نواحي فكرية ونواحي عاطفية ، وهي نواحي شعورية ذاتية يصعب على الفرد التعبير عنها ، والشعور بهذه الرغبة يشمل امر ورود الفكرة او الرغبة في النفس ، ومدى مراودتها وتأملها ومداعبتها والاهتمام بها والمحافظة على وجودها في الذهن والاقبال على تحقيقها لشعور ما ، ومدى تدخلها في اهتمامات الفرد الاخرى، الى غير ذلك مظاهر الشعور بالرغبة والتي يقتضي تحديدها للوصول الى تقرير صحيح لدرجة العطل فيها . وعلى هذه الخلفية من الفهم فان عطل الرغبة الجنسية قد يأتي على صورة او درجة من الصور والدرجات التالية :

1- انعدام الرغبة الجنسية كليا منذ البداية وفي جميع الظروف والاوقات. ومثل هذه الحالات غير نادرة ، فهنالك البعض من الناس ، ذكورا او اناثا ، الذين ينفون تجربتهم لاي رغبة او خاطرة جنسية طوال حياتهم ، كما انهم ينفون ممارستهم لاي شكل من اشكال اللعب او الممارسة الجنسية بما في ذلك الاستمناء والخيالات ومتابعة المواضيع المثيرة للشهوة والمداعبة الجنسية ، والعلاقة الجنسية . وتعتبر هذه الحالة عطلا جنسيا اوليا .

2- عطل الرغبة الجنسية (الثانوي) وهو عطل المستجد في هذه الناحية والذي قد يكون عطلا كاملا او عطلا بالغا او جزئيا ، والذي قد يكون عطلا شاملا او يتحدد بظروف معينة . وقد يأتي هذا النوع من العطل لشخص اظهر قوة طبيعية من الرغبة في السابق ، او انه كان فاتر الرغبة الى حد ما منذ البداية . ومثل هذا العطل قد ياتي لاسباب مرضية ، او بسبب تناول علاجات ومستحضرات معينة كما انه قد يحدث لاسباب نفسية قائمة في حد ذاتها او ناجمة عن وجود المرض العضوي . فخوف الفرد من العلاقة الجنسية ، وخشيته من الفشل من النتائج والعواقب المترتبة على الاندفاع نحو تحقيق الرغبة ، كلها موانع قد تحبس رغبته الجنسية وتنهي عنها . كما ان فقدان الميل نحو شريك جنسي معين ، او في ظروف خاصة لهذا الشريك ، كالمرض والحيض والحمل والنفاس ، لها ان تصد الرغبة الجنسية او تضعفها . ومن الاسباب النفسية التي يمكن ان تنهي عن الرغبة الجنسية قلق الفرد الناجم عن رغبته في اثبات رجولته او الالحاح عليه من اجل اثبات ذلك لشريكه او للعائلة او للمجتمع . ومن الموانع ايضا النواهي الدينية التي لها ان تصرف عن الرغبة او ان تصدها عند عروضها للفرد ، وكذلك الظروف الحياتية التي لها ان تشغل الفرد عن متابعة

ومداعبة الرغبة الجنسية . ولعل من اهم اسباب عطل الرغبة هو ما يتعلق بالشريك الجنسي فربما لا يكون هذا الشريك مثيرا للرغبة الجنسية ، وقد يكون مثبطا لها عن قيامها وللرغبة الجنسية في مثل هذا الفرد ان تثار اما بممارسة جنسية اخرى او بعلاقة جنسية او اثارة جنسية من شريك آخر . ومن الحالات المرضية التي يمكن ان تعطل الرغبة الجنسية كليا او جزئيا مرض الكآبة . فالهبوط الذي يعم فعاليات الفرد الجسمية والنفسية يشمل ايضا الرغبة الجنسية ، واهمية هذا الشمول واضحة من ان عودة الرغبة الجنسية تعد البوادر الهامة التي تبشر بانحسار الكآبة . اما مرض الشيزوفرينيا فان الرغبة فيه قد تقل او تزيد او تنعدم كليا غير انها في معظم الاحيان تتخذ تعبيرا مضطربا وغير مألوف من حيث طبيعة الرغبة وطريقة تحقيقها ، واخيرا فان من العوامل المعطلة للرغبة الجنسية هي تلك التي تتعلق بالاثارة الجنسية . ومن الواضح في هذا الامر ان الناس جميعا لا يثارون بنفس الدرجة عند التعرض لجميع الاشياء التي يمكن لها ان تثير الرغبة الجنسية . والفروق بين الناس في هذا الموضوع ترد الى عوامل عدة ، منها ما يتعلق بشخصية الفرد وتجربته ، ومنها ما يرد الى عوامل اجتماعية او حضارية او دينية . وللفروق الممكنة في هذه العوامل ان تغير من الرغبة والميول الجنسية بشكل عام او في مواقف خاصة .

ب - عطل العملية الجنسية الفعلية

قد يكون من الصعب تحديد نقطة البداية في العملية الجنسية . فنحن اذا اخذنا العملية الجنسية ككل ، كانت الرغبة الجنسية هي بداية هذه العملية ، اما اذا حددنا العملية بالاداء فان العملية الجنسية تتحدد بما يلي الرغبة الجنسية من استجابات لارضاء هذه الرغبة . ولاغراض هذا البحث فان العملية الجنسية الفعلية تتحدد بالاستجابات الفيزيولوجية التي يمكن ان تحدث بسبب السعي لتخفيف الرغبة الجنسية وهي ، الانتصاب او التوتر في القضيب والقذف والذروة . وما يصاحبها من الشعور باللذة والمتعة . هذا ولا يفترض في العملية الجنسية ان تسير بالضرورة حتى نهايتها ، فقد تتوقف بسبب او آخر وفي مرحلة او اخرى من هذه المراحل منها ، قد تتعطل كليا او جزئيا ، وقد يكون العطل اساسيا منذ البداية ، وقد يكون طارئا وقد يظهر في جميع الاثارات الممارسات الجنسية ، وقد يقتصر ظهوره على

اشكال محدودة من هذه الممارسات والاثارات ،وقد يكون بشكل دائم وقد يظهر فقط في ظروف وازمان معينة . واخيرا ، فاننا بتقديرنا للعطل الجنسي يجب ان لا نهمل اثر العمر على الاستجابات الجنسية ، ولا اثر العوامل الاجتماعية والحضارية على هذه الاستجابات .

عطل الانتصاب (العنة)

الاستجابات الفيزيولوجية المكونة للانتصاب خاضعة للفعل الوظيفي لعدة اجهزة في الجسم ، اهمها الجهاز العصبي المركزي ، والجهاز العصبي الذاتي اضافة الى الاحاسيس الواردة من الاعضاء التناسلية الى النخاع الشوكي . والنتيجة النهائية لفعل هذه العناصر تؤدي في البداية الى توسع الشرايين ، مما يؤدي الى التوتر والانتصاب . والعطل الذي يحدث في الانتصاب يعتمد على جميع هذه العوامل المقررة للاستجابات الفيزيولوجية . ان انتصاب القضيب هو المرحلة الاولى من مراحل الاداء الجنسي والاستجابات الجنسية ، وربما لا يستغرق اتمامه اكثر من ثوان معدودة في مراحل الشباب ، غير انه مع ذلك يعد اهم الادوار الجنسية ليس في ذهن وشعور صاحبه فقط وانما في ذهن وشعور شريكه في العمل الجنسي ذلك ان الانتصاب حادث محسوس وملموس . وهو فوق كل ذلك الحدث الذي يستطيع او لا يستطيع اداء عملية الولوج الجنسي ، وبدون ذلك فان العلاقة الجنسية الفعلية ربما لا تحدث ابدا ، او انها تحدث بصورة ضعيفة وغير مقنعة لكلا الطرفين في العلاقة الجنسية . وبالنظر لاعتماد فض البكارة في الزواج على قوة الانتصاب وزمنه عند التماس الفعلي ، لهذا اعتبر الانتصاب والنجاح في الولوج الدليل القطعي على الكفاءة الجنسية . كما اعتبر الفشل في ذلك دليلا على (عدم المقدرة Impotence) او ما يصطلح عليه عادة (بالعنة) غير ان الجزم بعدم المقدرة (او العنة) يجب ان يبين فيما اذا كان هنالك او لم يكن هنالك القدر الكافي من الانتصاب ولمدة زمنية كافية عند التماس .

ان هنالك درجات متفاوتة من العطل في الانتصاب ، وهذه الدرجات تتفاوت قوة وضعفا تبعا لمقررات عدة منها درجة الدافع الجنسي ، والرغبة الجنسية ، وتوافر المثيرات لها ، والتهيؤ الجسمي والنفسي لتقبل هذه المثيرات والاستجابة لها . كما يتقرر بمراحل العمر وطور الفترة الزمنية التي مضت منذ آخر انتصاب أو علاقة جنسية . واخيرا فهو يتقرر

بالجواذب الجنسية المتوافرة في العلاقة القائمة ، من حيث الشريك الجنسي والظروف التي تتم فيها العلاقة ، ولاي واحد ان يبدي انتصابا كاملا ولمدة معقولة في وقت ما ومع شريك ما وان يعجز عن ذلك كليا او جزئيا في ممارسة جنسية ذاتية او مثلية او طبيعية وفي ظرف او اخر ومع شريك معين او آخر . ولهذا الواقع ان يدعو الى تغيير المفهوم الشائع عن مصطلح العنة.

واذا اخذنا جميع هذه العوامل بعين الاهتمام ، فاننا نجد انواعا ودرجات مختلفة من عطل الانتصاب والتي يمكن حصرها في ثلاث فئات متميزة : اولها ، حالات العطل الكلي او شبه الكلي التي يعاني منها بعض الناس منذ بادية حياتهم الجنسية ، وتعرف هذه الحالات بعطل الانتصاب الاساسي او العنة الاساسية ، والمصاب بها تنقصه عادة الرغبة الجنسية وهو لا يستطيع فض البكارة او المباشرة الزوجية او الجنسية . وهو لا يستطيع الاستمناء او العلاقة الجنسية المثلية . ومعظم المصابين بهذه الحالة يظل عجزهم على حاله طوال حياته غلى الرغم من العلاج والمثيرات الجنسية . ونسبة هؤلاء قليلة بين الناس ، ففي دراسة كنزي على 4108 رجل (1948) وجد 66 منهم فقط يعانون من هذه العلة او حوالي 1.6% وقد تكون النسبة اعلى من ذلك لو كان بامكان المستبينة اراؤهم ان يتجاوزا شعورهم بالتنويهات المعنوية لهذاالنقص . اما الفئة الثانية من حالات عطل الانتصاب ، فهم اولئك الذين يعانون بشكل مستديم من ضعف في الانتصاب يحسونه بانفسهم او يحس به شريكهم الجنسي او انهم لا يستطيعون الاحتفاظ به طويلا اثناء الولوج والمجامعة . وهذه الفئة ضئيلة نسبيا في سن الشباب ، ولكنها تزداد نسبة مع مراحل العمر المتقدمة ، وهي تقدر بـــ1,3% في سن الـــ35، و 6.7% في سن الخمسين و 18.4% في سن الستين و 27% في سن السبعين و 55% في سن الخامسة والسبعين ومع ان من الواضح ان الوهن المصاحب لتقدم السن هو السبب في هذه الفوارق ، الا انه قد تتوافر اسباب اخرى تساهم في هذا النوع من ضعف الانتصاب . اما الفئة الثالثة من فئات العطل في الانتصاب ، فهي فئة واسعة ومتعددة الاسباب. غير انها تتحد كلها في شيء واحد ، هو ان الفرد فيها يستطيع الحصول على انتصاب في تجربة جنسية معينة من ذاتية او مثلية او طبيعية ، ولا يستطيعها في تجربة اخرى ، او كأن يستطيع الانتصاب في العلاقة الجنسية المثلية ولا يستطيعها في العلاقة الجنسية (المخالفة)

الطبيعية مع الجنس الاخر او ان الفرد قد يستطيع الانتصاب والولوج مع شخص دون غيره وفي ظرف او مكان او وضع دون غيرهما ، مثال ذلك ان يكون قادرا على مجامعة مومس بانتصاب كامل ، ولكنه لا يستطيع ذلك مع زوجته في ليلة الزفاف ، او انه لا يستطيع الانتصاب في ظروف عرسه لما في هذه الظروف من عوامل النهي والقلق ، ولكنه يستطيع ذلك بزوال هذه الظروف . كما انه قد يصد عن الرغبة الجنسية والانتصاب لاسباب ناهية تتعلق بشريكه الجنسي من ممانعة او حيض او غير ذلك من عوامل النهي ،التي يمكن ان تحدث في تجربة المتزوجين حديثا . ومثل هذه الحالات خاصة الاخيرة منها لا يمكن اعتبارها عنة بالمعنى الصحيح ، وانما هي عطل ظرفي يكشف عن طبيعة الحياة الجنسية النفسية لاحد الشريكين او كليهما . ويقتضي لذلك محاذرة اعطاء وصف العنة بمعناها المطلق في مثل هذه الحالات .

ان هذه الفئات الثلاثة تمثل انماط مختلفة من عطل الانتصاب ، ولهذا يقتضي على الباحث في هذا العطل ان يقدر ليس فقط درجة العطل ، وانما مدتها الزمنية والظروف التي قامت او تقوم فيها . ومثل هذا البحث ضروري ليس فقط لتعيين الاسلوب العلاجي ، وانما للمساعدة على فض النزاعات القانونية التي يمكن ان تنجم عن فشل الزوج في اتمام فعل المعاشرة الزوجية في البداية او بعدها .

لعل من الضروري في هذا المكان من البحث ان نؤكد اهمية العوامل النفسية في موضوع الانتصاب ، وهو التاكيد الذي ورد في موضوع الحياة الجنسية بشكل عام في جميع مراحلها وادوارها واستجاباتها النفسية والجسمية .والتجارب والملاحظات المتواترة والمستقاة من المعانين لعطل الانتصاب بدرجة او اخرى ، كلها تشير الى ورود عوامل نفسية في معظم حالات العطل ، وخاصة لحالات العطل الحادة والمفاجئة ، كما ا ناي درجة من العطل ولأي سبب نفسي او جسمي ، يمكن لها ان تتزايد وان تتعاظم بسبب ما يثيره العطل من قلق وربما اكتئاب لصاحبه ، وهذا الواقع يمكن له ان استمر ان يكون حلقة مفرغة او متزايدة الاتساع من العطل والقلق وهي الحلقة التي يقتضي ايقاف دوراتها وقطع تلاحقها لتمكين المعاني من التخلص من معاناتها .

وفي معرض البحث في عطل الانتصاب ، لابد من الاشارة الى ان قوة الانتصاب لا تعني داما قوة الشهوة الجنسية والرغبة الجنسية ، فالكثيرون من الناس يملكون هذه القدرة غير انها لا تقترن بالرغبة الجنسية ، وربما لا تنتهي بالحصول على القذف والذروة واللذة وهنالك ايضا الحالات النادرة من الانتصاب المستمر (قساحة Priapism) وهي حالة من الانتصاب المتواصل والمؤلم ، ولكنه انتصاب مفرغ من المحتوى الجنسي ،وهو ينجم عن اثارة بعض اجزاء الجهاز العصبي بشكل مزمن . واخيرا فانه يقتضي ان لا نغفل الانتصاب الذي يحدث احيانا مصاحبا (للنوم الحالم REM Sleep) والانتصاب الذي يحدث عند الاستفاقة من النوم ، وهذان النوعان من الانتصاب يحدثان تلقائيا وبدون ضرورة توافر محتوى جنسي من الحلم او عند الاستيقاظ والمهم في امرهما في هذا المجال من البحث ، ان توقفهما او ضعف الانتصاب فيهما قد يكون فيه اشارة الى ضعف مماثل في قوة الانتصاب في حالة اليقظة ، كما انه لايمكن اتخاذ الانتصاب في الاستحلام وعند الاستيقاظ على تمتع الفرد بقوة مماثلة في حياته الجنسية الواعية . واخيرا فهنالك الحالات المرضية العديدة التي يمكن لها ان تضعف الانتصاب ، ومن هذه الحالات الامراض التي تصيب الجسم بشكل عام واهمها عجز الكلي ، والامراض الهرمونية ، واهمها السكري وتشمع الكبد وعجز الغدد، وامراض الجهاز العصبي ، خاصة التي تصيب النخاع الشوكي . والامراض الموضعية التي تصيب العضو التناسلي او الاوعية الدموية ، والمداخلات الجراحية خاصة استئصال غدة البروستات والمثانة . وقطع الاعصاب السمبثاوية ، واستعمال العقاقير الطبية مثل المسكنات والمهدئات والمعقلات والمخدرات وعلاجات ضغط الدم وغيرها .

عطل القذف Dysfunction of Ejaculation

القذف هو المرحلة الثانية من مراحل الاستجابة الجنسية (او هو المرحلة الثالثة اذا عددنا بان مرحلة الربوة من الانتصاب هي المرحلة الثانية). وهذه المرحلة الفيزيولوجية هي مرحلة انعكاسية Reflex، وتتم تلقائيا عند الوصول الى نقطة معينة من الاثارة الجنسية . وهي تتالف من مرحلتين ، المرحلة الاولى وهي مرحلة شعور الفرد بان القذف اصبح حتميا Ejaculatory Inevitability والمرحلة الثانية هي مرحلة القذف للمني خارج القضيب .

والفرد اثناء العملية الجنسية يستطيع التحكم بالقذف او تأجيل القذف . وان كان بامكانه ان يمنع حدوث القذف داخل الفرج في بعض الحالات ، اذا ما كان انسحابه اسرع من انزاله . ولهذا الدور من الاستجابة الجنسية اهمية قصوى في العلاقات الجنسية ، وهي اهمية لا تقل عن اهمية الانتصاب . ذلك ان المرحلة التي يتم فيها القذف تقرر الذروة بالنسبة للذكر وتقرر امكانية حصول المرأة عليها ، كما ان القذف يؤذن بانتهاء العلاقة الجنسية ، ولهذا فان المرحلة الزمنية التي يتم فيها القذف خلال عملية الانتصاب والعلاقة الجنسية بالغة الاهمية بالنسبة للشريكين الجنسيين .

ان العطل او الاضطراب الذي يمكن ان يحدث في مرحلة القذف متعدد الانواع والاسباب . ومن اهم انواع الاضطراب هي ان يحدث القذف بدون انتصاب او بدون انتصاب كاف، او ان يحدث قبل اوانه ، اي قبل الولوج او بعد فترة وجيزة منه او ان لا يحدث القذف ابدا ، او ان يحدث بمقادير شحيحة ، او ان يحدث بدون ان يفرز الى مرحلتين من الشعور الحتمية والفعلية ، او ان يحدث بدون ان يصاحبه شعور بالحدث من حيث التوقع او الشعور بالذروة او اللذة . وجميع هذه الانماط من اضطراب القذف ترد في شكوى المرضى ويقتضي تعيينها والبحث في اسبابها . ونقتصر في بحثنا الحاضر على اهم انواع العطل فيها .

1- القذف المبكر (السابق لاوانه) Premature Ejaculation

القذف المبكر هو القذف الذي يحدث في غير سياقه ، او بأسرع مما هو مالوف . فقد يحدث قبل الانتصاب او قبل اتمامه او قبل الولوج او حال الولوج او بعد فترة قصيره منه . وجميع هذه الحالات مألوفة ، ومع ان بعض هذه الحالات تزدوج بعطل الانتصاب الا انها كثيرا ما تحدث في اولئك الذين يتمتعون بمقدرة طبيعية او كافية من الانتصاب . وهذا النوع من سرعة القذف كثير الوقوع بين الناس ، ويكوّن الفئة الاكبر من جميع حالات المعاناة من عدم الشعور بالاكتفاء الجنسي والتي قام بدراستها الدكتور شسر . وفي دراسة اخرى قام بها ماسترز وجونسون (1970) على 448 حالة من حالات العطل الجنسي تبين ان 186 منهم ، او ما يزيد على ثلثهم ، كانوا يعانون من العطل المبكر للقذف ، ولعل اكثر من تحدث فيهم هذه الحالة هم اولئك المتزوجون الجدد الذين تغلب رغبتهم الجامحة على مقدرتهم على تأجيل

القذف . ومنهم المراهقون الذين يعانون من لهف وشبق لا يستطيعون التحكم فيه . وفي اولئك الذين يصعب انتصابهم او يقصر مداه فيستعجلون القذف . وهنالك اسباب عديدة يمكن ان تفسر حالة او اخرى من حالات عطل القذف التي اشرنا اليها ، ومن هذه الاسباب تطبع الفرد منذ المراهقة على سرعة الاستجابة بالقذف . ومنهم من يحدث فيهم مثل هذا العطل بسبب ضعف الانتصاب او قلة الرغبة الجنسية ، او بسبب تعودهم على نمط من الممارسة الجنسية لغرض التنفيس السريع عن شهوتهم الجنسية كما يحدث في الاستمناء او معاشرة المومس ، او بضرورات الاسراع في العمل الجنسي في ظروف خاصة تتطلب ذلك ، فاذا ما نق الفرد علاقته الجنسية الى مجال طبيعي مشروع مع زوجته ، وجد نفسه قد تعود سرعة لا يستطيع التحكم فيها .

ومن اسباب القذف المبكر ان الفرد في علاقاته الجنسية قد ينظر الى الجنس بمعناه الضيق ، او انه واجب لابد من ادائه لافراغ شهوته او للاخصاب والتكاثر . كما ان هنالك الذين لايأبهون لتوقعات الأنثى وحقها بالحصول على الرضا ، وهم لذلك لا يمارسون اية محاولة للتوافق بين حاجاتهم وبين حاجاتها .

مع ان معظم حالات الاضطراب في القذف تحدث لاسباب نفسية ن او لسبب تعوّد الفرد منذ سن مبكر ، او لاسباب ظرفية ، وحتى دينية كالشعور بالاثم . فان هنالك بعض الحالات التي تنجم عن اسباب عضوية ، ويوحي بهذه الاسباب حدوث العطل بشكل طارئ بعد ممارسة طبيعية . ومن هذه الاسباب العضوية امراض الجهاز العصبي والنخاع الشوكي بشكل خاص ، او التشمع المنتشر . كما ان هنالك القليل من الحالات التي تصاحب الامراض الجسمية العامة . وهذه الحالات كلها تكون فئة قليلة من مجموع الحالات ، وتظل العوامل النفسية خاصة ما يكون منها قلقا وتهديدا للفرد ، اهم العوامل المسببة واكثرها ورودا . ويجب ان لا يغفل في امر هذا العوامل النفسية طبيعة العلاقات التي تربط بين الشريكين في العمل الجنسي ، فقد تفرض هذه العلاقة بينهما ، او انه تعبير عن مراعاة رغبتها في التقصير من أمد العلاقة الجنسية الى اقصر حد لسبب او اخر يتعلق بنفسيتها او بحالتها الصحية العامة او الموضعية .

2- القذف المتأخر او المعدوم Retarded or Absent Ejaculation

هذا النوع من العطل اكثر ندرة من النوع السابق ، ولكنه مع ذلك يكون عطلا هاما لسببين اساسيين ، اولهما لانه يحرم الفرد من الذروة او يؤخرها كثيرا ، وثانيهما لأنه قد يحول دون القذف اللازم لعملية الاخصاب والانجاب . وهنالك نوعان رئيسان من انعدام القذف احدهما اساسي وينشا منذ بداية البلوغ ، اما النوع الثاني فهو مستجد ويحدث لسبب او آخر ، وهذا النوع الاخير اكثر حدوثا من النوع الاول ، وقد افاد كنزي في دراسته ان 0.4% من الذكور يعانون من انعدام القذف . بينما افاد ماسترز وجونسون بانهما مسجلا حالة فقط من انعدام القذف خلال 11 سنة من العمل في عيادة العطل الجنسي (*) . ومن اهم الاسباب التي تؤدي الى حالات انعدام القذف هي النفسية ، وخاصة تلك التي تنجم عن تجارب الطفولة ، وما يمكن لها ان تسبب من نهي عن الامور الجنسية في شعور وعاطفة الحدث النامي ، ومنها ايضا التخوف من الحمل ،وخاصة على اثر تجربة تسبب قلقا عظيما من هذا الاحتمال ، وهي تجارب غير نادرة في حياة المراهقين . ومن الاسباب الاخرى المحدثة ، استعمال بعض العقاقير المسكنة او المعقلة او المهدئة وغيرها مما يقلل او يعدم القذف كليا . ومن حالات انعدام القذف تلك الحالات التي تقع فقط لبعض الاشخاص في ظروف ومواقف خاصة . ولا تقع في ظروف ومواقف اخرى ، مثال ذلك ان نسبة كبيرة من المغتصبين جنسيا لا يستطيعون القذف كما ان بعض الناس لا يستطيعون ذلك مع شريك جنسي دون آخر ، وفي ظروف من المعاشرة الجنسية دون اخرى ، وجميع هذه الحالات يمكن تفسيرها على اساس من النهي النفسي والذي يفرض نفسه في موقف دون آخر ، ويضاف الى الاسباب النفسية المعطلة للقذف العديد من الاسباب العضوية وهي مماثلة للاسباب العضوية المعطلة للانتصاب . وهنالك ايضا امر تطبع الفرد على نظرة ناهية عن الامور الجنسية . ولهذا التطبع ان يؤثر في اي دور من ادوار الاستجابة الجنسية او كلها . واخيرا فان هنالك طبيعة العلاقة التي تربط بين الرجل وشريكه الجنسي ، وهي علاقة قد تكون معقدة وغير متوافقة مما قد ينهي عن اتمامها بالشكل الطبيعي بما في ذلك القذف . او ان يكون الرجل غير راغب في الانجاب لسبب ما . وهنالك حالات انعدام القذف والتي يشعر الفرد فيها بانه قذف السائل غير انه لايندفع الى الخارج بسبب رجوعه الى الوراء فيتقهقر المني الى المثانة بدلا من العبور الى الأحليل ، واسباب هذه الحالة عضوية في معظم

الحالات وتشمل هذه جميع الامراض او المداخلات الجراحية التي تخل بسيطرة الاعصاب السمبثاوية على العاصرة الداخلية للمثانة ، واكثر ما يقع ذلك في عمليات استئصال البروستات وعمليات المثانة وحوادث الشدة والكسور في الحوض . وهنالك غير هذه الاسباب ماهو معروف عن مقدرة بعض الافراد على السيطرة على قذفهم ومنعه وتجميعه ، وبعض ذلك القذف يجد طريقه الى المثانة ، الحالات المسماة (بالجماع الاحتفاظي Coitus Reservatus) . ومن المتواتر في هذا الموضوع ان الاحتفاظ بالسائل المنوي كان اسلوبا مستعملا لمنع الحمل لعدة قرون . وهنالك ما يروى عن متصوفي اليوجا الذين يعتقدون ان سائل المني يشحذ العقل فهم لذلك قد دربوا انفسهم على السيطرة على مجراه وتحويله الى المثانة بدلا من صرفه وهدره في خارج الجسم وذلك لغرض الابقاء على حيويتهم العقلية ومدها بالطاقة .

(*) هنالك بعض الاحصائيات التي تبين بان وقوع حالات انعدام او تاخر القذف هي اكثر من ذلك بكثير ، ومن هذه الاحصائيات دراسات كابلان 1974 واوكونر 1976 وجبوا 1975 والتي تفيد بان حوالي 15% من الذين يشكون من عطل جنسي يعانون من هذا النوع من العطل .

عطل الذروة

تكون الذروة المرحلة النهائية من مراحل التدرج في الاستجابة الجنسية وهذه المرحلة تتوافق زمنيا مع مرحلة القذف ، وتصاحبه الى درجة يصعب او يتعذر التفريق بينهما. ويمكن النظر الى القذف على انه المرحلة النهائية للاستجابة الفيزيولوجية الجنسية ، وان الذروة هي الوجه الشعوري او النفسي لهذه الاستجابة . والذروة تاتي بشعور يصفه الفرد بانه قمة الشعور باللذة او اعلى درجاتها ، ومع ان هنالك من لا يفرق بين القذف والذروة يمكن لها ان تحدث بدون اي دليل على حصول القذف . ومما يسوغ ضرورة التفريق بين الذروة والقذف هو ان الجمع بينهما في مرحلة واحدة من مراحل الاستجابة الجنسية لا يحدث الا في الذكور بينما الذروة في المراة تكون دورا متميزا لا يقترن باي افرازات خاصة . واذا امكن تمييز العمليتين المتداخلتين ، القذف والذروة الواحدة عن الاخرى ، فانا نجد ان محتوى عملية الذروة هو محتوى نفسي ، ويتكون من توقع لذة عظيمة ، وتصاعد هذا التوقع الى حد الوصول الى

الذروة ، وعندها يشعر الفرد بانه اتحد مع شريكه في صورة جسم وشعور واحد ، ويصاحب هذا الشعور شعور كامل بالتحرر او الوصول . اما الجانب المادي من الذروة فهو ما سبق بيانه في مرحلة القذف بجزأيها ، الحتمي والفعلي ، وقد يعرض السؤال اي المعليتين هي الأولى ، او الاساس ، القذف ام الذروة ؟ وهو سؤال لايمكن الاجابة عليه الا بالقول بان المصادر المحركة للعمليتين واحدة ، وبانهما يتحققان في فترة زمنية واحدة ومتداخلة . وهكذا فان من الأوفق جعل العمليتين مجرد وجهين مختلفين . نفسي شعوري ، وجسمي مادي ، لمرحلة واحدة من مراحل الاستجابة الجنسية ، واذا اخذنا بهذا الرأي فان لنا ان نتوقع أن العطل في وجه واحد من هذه العملية يمثل عطلا في الوجه الاخر في الغالبية العظمى من الحالات ، غير ان هنالك بعض حالات العطل التي يحدث فيها ان الذروة قد تحدث بدون قذف خارجي او رجوعي الى الداخل ، سواء كان السبب مرضيا او احترازيا تجنبا للحمل ، او احتفاظيا بالمني كطاقة عقلية كما ان من الممكن ان يحدث القذف بدون شعور الفرد بالذروة ولا حتى الشعور بتوقعها ، وهذا يحدث في بعض الناس الذين ضعفت شهوتهم الجنسية من الاساس او لسبب مرضي ، وقد يحدث ايضا عند بعض المتزمتين في نظرتهم الى الامور الجنسية ، وللذين يعتقدون بأن الغاية من العلاقة الجنسية هي غاية طبيعية تتحدد في الاخصاب والانجاب ، وهم لذلك يرون في الشعور باللذة في الجماع وفي ذروة هذه اللذة امرا آثما . ومن هذا المنطق ، فهم يطبعون انفسهم على شعور ينهي عن التحسس باللذة ، ومثل ذلك يمكن ان يحدث في بعض العلاقات الجنسية المشروعة وغير المشروعة ، والتي يكون فيها هم الرجل اما الاخصاب او ارضاء الطرف الاخر ، او مجرد تفريغ شحنة الضيق والتوتر ، وفي مثل هذه الحالات يتم القذف بدون اكتمال الشعور بذروة المتعة ، ومثل هذا يحدث احيانا في الذين يمارسون الاستمناء بالحاح كوسيلة للتخلص من حالة التوتر الجنسي الشديد الذي يعانيه المستمني .

تعقيدات العنة (العطل الجنسي)

بالنظر للدور الاساسي الذي تحتله العلاقة الجنسية في الحياة الانسانية ، فان من الطبيعي ان يكون النقص او العطل في هذه العلاقة سببا في اثارة الكثير من المشاكل والتعقيدات وما قد ينجم عنها من نتائج ليس اقلها المعاناة النفسية لصاحبها او لشريكها الجنسي او كليهما. وقد يكون من الصعب حصر هذه التعقيدات ونتائجها ، وهي فوق ذلك تختلف نوعا ودرجة عند فرد واخر تبعا لشخصية الفرد والاهمية التي تحتلها النواحي الجنسية في حياته وتبعا لمتطلبات وتوقعات الطرف الاخر في العلاقة الجنسية وطبيعة العلاقة التي تربط الفرد بشريكها الجنسي . ونحن اذا اخذنا جميع هذه الامور بعين الاهتمام وجدنا ان للعطل الجنسي من نوع او آخر ، او من درجة او اخرى ، نتائج عديدة في مجالات مختلفة منها ما هو طبي مرضي خاصة في مجال الامراض النفسية ، ومنها ما هو سلوكي ، ومنها ما هو اجتماعي ومنها ما يقع في مجال القانون والقضاء . وفيما يلي نتناول هذه النتائج باختصار .

النتائج النفسية

ان حاجة الانسان للحياة الجنسية ، بما يصاحب ذلك من لذة او متعة هي حاجة طبيعية ، وسواء كانت هذه الحاجة مقدرة لاغراض التكاثر وحفظ الجنس ، او انها هبة الخالق لمتعت الانسان في الحياة او انها وجدت ، ولو بقدر منها ، لغايات اجتماعية وحضارية فان النتيجة واحدة من حيث الضرورة والاهمية التي لايمكن التعويض عنها بشكل تام ودائم . ومع ان هنالك الكثيرين من الناس ممن خبت او انعدمت جذوتهم الجنسية من رغبة او استجابة والذين لايشعرون باي فقدان لما لا يملكونه من دافع جنسي ، الا ان من الخطا ان نفترض أن انعدام الرغبة الجنسية ومظاهرها في حياتهم هو انعدام في الاصول . فقد يكون هنالك من الطاقة الجنسية ما يتعذر ظهوره ، ويبقى لذلك محبوسا خافيا ولكن له ان يظهر ويتحول الى نشاطات اخرى يعبر فيها عن وجوده وقوته سواء كان ذلك بالسلوك او الفكر او الابداع .

ان هنالك الكثيرين من الناس ممن يدركون ان لديهم عجزا او ضعفها في مظهر او آخر من مظاهر حياتهم الجنسية ، وغير قليل من هؤلاء يعيش حياته الجنسية عن طريق اقامة

توازن يوفق بين حاجاته وامكانياته ، والكثيرون ينجحون في ذلك بدون معاناة نفسية لما يتحسسون به من ضعف او قصور ، غير ان هنالك من لا يستطيع هذا التوفيق ، فتظل حاجاتهم اكثر الحاحا من امكانية ارضائها ، ويكون فشلهم بالتالي اكثر وقوعا، وهؤلاء هم الذين يعانون من الآثار النفسية لعجزهم الجنسي ، وهي آثار لا تنجم عن فقدان او قلة الارضاء الجنسي لانفسهم فقط ، وانما تنجم ايضا عن فشلهم في اعطاء هذا الارضاء لشريكهم الجنسي ، اضافة الى امكانية الفشل في احداث الاخصاب والانجاب . والنتائج المالوفة في المجال النفسي بسبب هذه النواحي من الفشل هي حالات القلق والتوتر والانفعال والاكتئاب ، وهي حالات تبلغ احيانا حدودا مرضية حادة وخطيرة ، وليس من النادر ان نصنع او ندرك تنويها بالرغبة في الانتحار او تفضيل الموت على الحياة اذا ما استدام واقع الفشل ، ولمثل هذه الحالات من الانفعال النفسي ان تزيد في العطل الجنسي مما يزيد في تعقيد الامر جنسيا ونفسيا .

ان حالات الضيق والفشل النفسي التي قد يشعر بها الفرد في حياته الجنسية تتحول في بعض الافراد الى مجالات اخرى انتاجية او خلاقة او ابداعية او اجتماعية ، وهذا التحول يعوض صاحبه ويرضيه ولو الى حين، غير ان مثل هذه الامكانيات لا تتوافر لجميع المعاني من الضعف . كما انها لا تتوافر بشكل دائمي او تام لجميع اولئك الذين يملكون المقدرة والموهبة على هذا التحويل . والذي يلاحظ في امره ، هو عودة مظاهر الحدة النفسية بشكل او بآخر عند توقفهم عن عملية التحويل لسبب ما ، ومن الممكن في مثل هؤلاء ان تكون النتائج النفسية لعملية التوقف اكثر حدة وتسببا للمعاناة .

النتائج السلوكية

الحياة الجنسية للانسان تعتمد على طاقه بايولوجية كغيرها من الطاقات البايولوجية التي تحرك الانسان وتغذي وتوجه نشاطاته . ولنا ان نفترض من طبيعة اية طاقة ومن واقع الملاحظة ، ان التصريف الطبيعي لهذه الطاقة ضروري لاقامة التوازن البايولوجي الكامل في حياة الفرد ، وان حبس هذه الطاقة او اعتراض تصريفها او اساءة تصريفها من شانه اي يؤدي الى الاخلال في هذا التوازن البايولوجي . وهو الاخلال الذي لابد له ان ينعكس في سلوك الفرد بوصفه كائنا متعاملا ومتفاعلا مع محيطه ومع ان الكثيرين من الذين يعانون من ضعف

جنسي او فشل جنسي بسبب هذا الضعف يستطيعون امتصاص المحبوس من طاقاتهم الجنسية بنشاطات سلوكية ايجابية وبناءة وخلاقة ومسالمة ، الا ان بعضهم لا يستطيع مثل ذلك ، مما يحول الطاقة المحبوسة او المعطلة الى مظاهر سلوكية تتسم بالضعف او القسوة على النفس او على الغير او على الاشياء او ان تتجه نحو ممارسات منحرفة او شاذة في المجال الجنسي . ومما تجدر الاشارة اليه هو التجاور القريب في نواة الهايبوثالموس بين مراكز الدافع الجنسي ومراكز العنف ، مما يعطي مسوغا للاستنتاج بوجود علاقة بايولوجية جذرية بين طاقة الجنس وطاقة العنف . وما لذلك ان يؤدي اليه من امكانية تحويل طاقة الواحد لخدمة واغراض الطاقة الاخرى . وهنالك ما يكفي من الادلة على ان الفشل في تحقيق الطاقة الجنسية في بعض الناس يؤدي الى مضاهر سلوكية عنيفة في مجال العلاقات الشخصية ، والاجتماعية والتعامل مع الناس والحياة ، كما ان هنالك حالات كثيرة من السلوك العنيف الذي يتجه نحو الايذاء والاجرام سواء اقترن هذا الاجرام بالممارسات الجنسية او لم يقترن وتدلل الدراسات الاحصائية على ان نسبة وقوع العطل الجنسي في الذين يرتكبون السلوك الاجرامي هي اعلى من المعتاد كما ان نسبة العاطلين جنسيا بين الذين يقومون بمخالفات اجرامية جنسية هي نسبة عاليه ايضا وهذه النسب العالية لا تفيد بالضرورة بوجود دافع جنسي قوي ، بقدر ما تفيد بعجز صاحبه عن تحقيقه بالشكل الطبيعي نتيجة العطل في مجال او آخر ، وبالتالي تحويل هذا التعبير الى مجال العنف . واخيرا فان المجال السلوكي الاكثر وضوحا في حالات العطل الجنسي هو مجال الابتعاد او التنويع او الانحراف او الشذوذ الجنسي . ومع ان جميع هذه الدرجات من السلوك الجنسي لا تدلل بالضرورة على وجود عجز او عطل جنسي ، الا ان الكثير من هذه الحالات تنجم عن شعور الفرد بالعطل في ناحية او اخرى من حياته الجنسية مما يدفعه الى الاتجاه نحو سلوك جنسي مغاير كوسيلة للتعويض عن نقصه . وقد تبين في دراسة العديد من الذين يمارسون الجنس على صورة غير مالوفة او متوقعة ، ان بعضهم يعاني من عطل جنسي غير انه يقتضي في كل حالة بيان ايهما اسبق في البدء العطل الجنسي او الانحراف في تحقيق الرغبة الجنسية. هذا وقد لوحظ علاجيا ان بعض الذين يعانون من عطل جنسي وانحراف ، فان عطلهم الجنسي يزول عند شفاء انحرافهم في السلوك الجنسي .

النتائج الاجتماعية

ان النتائج الاجتماعية السلبية التي يمكن ان تحدث بسبب العطل الجنسي عديدة وهي تنبع من امكانية اتجاه سلوك المعانين للعطل نحو مسالك مؤذية او معادية للمجتمع كما اوضحنا في الفقرة السابقة ، غير ان هنالك نتائج اخرى وهي تتعلق بصميم الحياة الاجتماعية وخاصة ضمن العلاقات الشخصية والعائلية . فالعطل الجنسي لابد له ان يخلق عند الكثيرين حالة من عدم التوافق في العلائق الجنسية ، ولهذا ان يؤدي الى تعقيد كبير في العلاقات ربما لايمكن تجنبه او تفاديه . فالعلاقة الجنسية بين شريكين تفترض قيام التوافق بينهما ليس في الرغبة فقط ، بل في نتيجة القناعة والرضا والاكتفاء ، وفشل الرجل في اعطاء هذا الشعور لشريكه في العلاقة الجنسية من شأنه ان يخلق حالة من المعاناة النفسية لاتقل عن شعوره هو بهذا الاخفاق . ومن شأن ذلك ان يؤدي الى اضرار صحية جسمية ونفسية في الأنثى ، كما انه يدفع في بعض الحالات الى ما يسيء للعلاقة بينهما ا والى التفريق او انهاء الرابطة الزوجية بالطلاق.

النتائج القانونية

ان المواقف القانونية لابد من الوصول اليها في الكثير من حالات العطل الجنسي وخاصة في حالات العطل التي تصرف الرجل عن الاتصال الجنسي كليا ، او لا تمكنه من اتمام العلاقة الجنسية بصورة يقبل بها الطرف الاخر . ومعظم النواحي القانونية المتعلقة بالعطل الجنسي تتركز على العلاقة الزوجية . ويمكن تجزئة هذه العلاقة الى مرحلتين زمنيتين . المرحلة الاولى بداية الزواج ، والثانية مايلي هذه المرحلة من معاشرة زوجية . فالمرحلة الاولى تتطلب اتمام الزواج بفض البكارة والولوج ، اما المرحلة الثانية فتقتضي من الرجل ان يكون قادرا على الولوج بتكرار معقول ، ووجهة نظر القانون عادلة اذا كانت تبيح للأنثى المتزوجة حق الافتراق عن زوجها اذا ما فشل في اكمال المتطلبات الأساسية للزواج خاصة في المرحلة الأولى ، والى درجة تقل من الاباحة في المرحلة التالية ، والاعتبارات الهامة في هذا الامر ، تقضي بتعريف الفشل وبيان اسبابه والمدة الزمنية الكافية للتأكد من وجوده . والبحث في هذه الاعتبارات هو من اصعب وادق الأمور التي يعانيها الطب في تعامله مع القانون . ان

الذي يحدث عادة هو ان يحال الرجل الى الفحص الطبي لإثبات مقدرته او عنته ، واحالة القضاء للرجل دون الأنثى يحمل في طياته الاعتقاد عند المشرعين للقانون ان الرجل هو مفتاح الحياة الجنسية وان عليه اثبات المقدرة الجنسية . ومثل هذا الاعتقاد خطا لغوي وفعلي . فالعنة لا تنطبق على الرجل فقط وانما على المرأة ايضا ، وقد تكون المرأة عنينة كما هو الحال في الرجل ، ولهذا يقتضي التثبت من حالة الاثنين فالانثى عند زواجها ربما لا تميل الى المعاشرة الزوجية وقد تخشاها او تعافها الى حد يجعل من المتعذر على الزوج اتمام العلاقة الزوجية . وعلى افتراض تهيؤ الزوجة وتقبلها وعدم ممانعتها لمرامي الزوج ،فان فشل الزوج في بداية الزواج في اتمام الزواج ، ربما لا يكون دليلا على الضعف الجنسي ، سواء بدا هذا الضعف او لم يبدا عند محاولة التماس وكما نستطيع استبيانا من الممارسة الطبية ، فان نسبة غير قليلة من الرجال يفشلون في اتمام الزواج في اول ايامه ، وقد يمتد هذا الفشل اياما واسابيع طويلة مع انهم لم يعانوا مسبقا من ضعف جنسي او عطل في الانتصاب . وقد يكون مرد فشلهم الحالي ناشئا عما يساورهم من القلق الناشئ عن تحسبهم من انهم ربما لا يستطيعون اثبات رجولتهم منذ البداية ، ويساعد في تكوين هذا القلق ضعف مراسيم الزواج التقليدية والتي تشمل انتضار البرهان ، وهي المراسيم التي من شانها ان تؤجل من اتمام الزواج الى حين تمكن الزوج من التحكم بقلقه او بالظروف المثيرة له . وقد ينشا الفشل من ممانعة الزوجة او توافق الحيض مع بداية الحيض او لاسباب اخرى صادرة عن العلاقة بينهما والفشل في البداية مهما كان سببه يضع اساسا يسهل معاودة الفشل خاصة اذا ما الح الرجل في محاولة اتمام الزواج ، وهو الالحاح الذي له ان ينهك قواه النفسية واستجاباته الجنسية البايلوجية ، وان يؤجل بالتالي من امكانية نجاحه في اتمام المراسيم الزوجية وقد يستمر هذا التاجيل اياما واسابيع وشهورا على الرغم من عدم المعاناة السابقة للزوج من اي عطل جنسي ، وعلى الرغم من ان الزوج يبدي انتصابا كاملا قبل التماس مع زوجته او يمارس الاستمناء او اي علاقة جنسية اخرى بنجاح .

ان مطالبة الزوج باثبات مقدرته الجنسية من عدمها كدليل على حقه في الابقاء على علائقه الزوجية يصطدم بواقع تعذر اثبات ذلك بوسيلة علمية طبية . فالعلاقة الزوجية الجنسية مازالت سر بين الزوجين ، ومع ان بالامكان رصدها ، كما جرى ذلك في رصد العلاقات الجنسية

لاغراض دراسية . الا ان ذلك لم يمتد بعد الى مجال العلاقة الزوجية لغرض اثبات العطل او نفيه . وحتى لو امكن اثبات توافر الانتصاب القوي في الزوج فان ذلك لا يؤكد بالضرورة كون الانتصاب كافيا لاتمام العلاقة الزوجية ، فقد يحدث العطل عند التماس بسبب او آخر يعود لاي من الشريكين في المعاشرة الزوجية . وهكذا فان القانون بتحميله الرجل الاثبات لرجولته يغفل ما يمكن ان تتحمله الزوجه من مسؤولية عن عجز الرجل عن هذا الاثبات ، وعلى ذلك فان تبين حقيقة ما يحدث لايمكن الوصول اليها الا عن طريق الافادة الصريحة الصادقة والكاملة لما يحدث من وجهة نضر الزوجين ، والوصول الى ذلك قد يكون صعبا في الكثير من الحالات والوسيلة الوحيدة التي يمكن فيها للقانون ان يتجاوز هذا التعذر في اثبات ما حدث وتعيين المسؤولية فيه ، هي فقط الانتضار فترة زمنية كافية تمكن الزوجين من تجاوز التعقيدات النفسية والاجتماعية التي ربما نهت عن اتمام العمل الجنسي . وفي تقرير هذه الفترة توجد اجتهادات عدة غير انه اهم ما في الموقف هو مدى الرابطة التي تربط الزوجين ، وقد تكون هذه الرابطة من القوة بحيث تحمل الطرفين على الانتضار حتى لسنوات طويلة لاتمام العلاقة الزوجية ، غير انها رابطة قد تكون من الضعف الى درجة لا تسمح بالتاجيل لتجاوز التعقيدات الممكنة في العلاقة بين الرجل والمراة . وكلما ادركت هذه الحقائق ، كلما نظر الى الزوج بوصفه رابطة متكافئة تقوم على اساس الاتفاق والتوافق ، كلما كانت هنالك امكانية اعظم في تجاوز التعقيدات التي تنجم عن الفشل في تكوين هذه الرابطة ، ويقع عبء هذا التجاوز على امكانيات الشريكين وارادتهما معا . وسيكون من شان ذلك ان يقلل من حد بعيد من الحاجة الى القانون لمحاولة اثبات مالا يمكن اثباته بسهولة .

الفصل العاشر

العقاقير والجنس

العقاقير والجنس

تأثير العقاقير على القوة الجنسية

(العقاقير المثبطة ، العقاقير المنشطة ، الحبوب المانعة للحمل)

استعملت العقاقير منذ القدم ومن مصادر مختلفة نباتية وحيوانية وكيمياوية ، بهدف احداث تغير في القوة الجنسية . وقد اتجه معظم الاهتمام في الماضي كما لا يزال متوجها في الحاضر ، الى اكتشاف العقاقير التي تنشط القوة الجنسية . الا ان اهتماما مماثلا قد توجه في السنين الاخيرة الى دراسة الاثر السلبي للعقاقير والادوية والمستحضرات على الحياة الجنسية للافراد الذين يستعملونها تلقائيا او لاغراض طبية علاجية . وبالنظر للعدد الهائل للعقاقير التي تستعمل حاليا فقد اصبح من الصعب متابعة آثارها على الحياة الجنسية او التأكد بصورة قاطعة من ان ما يتزامن مع استعمال هذه الادوية من اضعاف الطاقة الجنسية قد حدث بسبب الآثار الجانبية لهذه العقاقير ، او جاء بسبب الحالات المرضية التي تعالج بهذه العقاقير . غير ان هنالك الكثير البينات التي تساعد على التثبت من فعل بعض العقاقير على الحياة الجنسية وهو فعل تثبيطي في معظم الحالات . غير ان فعل اي دواء او مستحضر لا يقتصر على الفعل الفارماكولوجي المحدد للدواء ، فهذا الفعل من الناحية الجنسية بشكل خاص ، هو عملية معقدة تشمل عدة عوامل منها العامل النفسي وعامل الشخصية وتوقعات متناول الدواء او المستحضر من استعماله ، وعامل العلاقة الخاصة التي تربط الفرد مع شريكه الجنسي . ولهذا السبب فان فعل الدواء ، ايا كان ، هو فقط فعل احد العوامل المؤثرة ، وللدواء ان يكون له فعل مختلف من حيث النتيجة بسبب حصيلة فعالية العوامل الاخرى غير الدوائية . ومثال ذلك ان العقاقير المهدئة تؤدي الى التقليل من الدافع الجنسي والقوة الجنسية اذا ما اعطيت للحيوانات او المتطوعين الطبيعيين من البشر ، بينما هي تزيد في القوة الجنسية اذا ما اعطيت للمرضى الذين يعانون من قلق نفسي ، وذلك بسبب تقليلها من القلق الذي شغل من يعانيه عن الاهتمام والتوجه نحو الرغبة الجنسية .

وان الحياة الجنسية للفرد بحدودها الفعلية تتألف من عنصرين او مرحلتين ، العنصر الاول : هو عنصر(الدافع الجنسي **Drive**) او ما يسمى عادة بالليبدو **Libido** ، اما العنصر الثاني ، ويكون الشق الثاني من الحياة الجنسية ، فهو عنصر الاداء الجنسي الفعلي والذي يتكون من الاستجابات الجنسية الفعلية في كل من الذكر(الانتصاب والقذف)والأنثى (الذروة) .

اما العنصر الاول ، وهو عنصر الدافع الجنسي ، فهو خاضع لسيطرة الجهاز العصبي المركزي والجهاز الهرموني ، بينما العنصر الثاني فهو خاضع بالدجرة الاولى لسيطرة الاعصاب الذاتية : البرسمبثاوية : (التي تسيطر على فعالية الانتصاب في الذكور ، والذروة في الاناث) . والاعصاب السبمثاوية (التي تسيطر على القذف في الذكور والذروة في الاناث) . هذا وللجهاز العصبي المركزي فعله ايضا في عملية الاداء الجنسي . ومع ان الاساس العصبي والهرموني هو اساس هام جدا في الحياة الجنسية . الا ان جميع الملاحظات والدراسات تشير الى ان هنالك اهمية غير قليلة للعوامل النفسية والاجتماعية والحضارية في تكوين الصورة الاجمالية لكل من الدافع الجنسي والاداء الجنسي. وبادراكنا لهذه العوامل كلها ، فقد بات من الطبيعي لنا ان نتوقع ان كل عقار او دواء او مستحضر يؤدي الى تثبيط المراكز العصبية او الهرمونية فلا بد له ان يسبب تثبيطا او اضعافا للقوة الجنسية كما تتمثل في الدافع والاداء . وعكس ذلك يحدث فيما اذا جاء فعل هذه المواد منشطا ولو لفترة قليلة او بمقادير قليلة . ذلك ان فعل بعض الادوية قد يكون منشطا للجهاز العصبي وبالتالي للقوة الجنسية فيما اذا ما اخذ بمقادير زائدة ولمدة طويلة . وفيما يلي مختصر لمجاميع العقاقير التي تتوافر ادلة كافية على انها تثبط او تضعف القوة الجنسية ولو الى حين في بعض الذين يتناولونها ، وخاصة اولئك الذين يتناولونها بمقادير كافية ولمدة طويلة من الزمن .

أ- **العقاقير المضعفة للجنس**

1- الادوية المضادة لارتفاع ضغط الدم : ان معظم العقاقير المستعملة في علاج ارتفاع الضغط تؤثر في العمل الجنسي ، ومن هذه العقاقير التالية (اسمالين **Ismelin** ومستحضرات راولفيا **Rauwolfia** مثل هابيرتان **Hypertan** ، وسيرياسيل

Serpasil والدوميت Aldomet وانفرسين Inversin)، غير ان ذلك لا يحدث في جميع النـاس .

2- الادوية المضادة للكآبة Antidepressants، واكثر هذه الادوية تثبيطا للقابلية الجنسية هي مجموعة العقاقير المعروفة بـــ (ذات الثلاث حلقات) Tricyclic والمركبات المتداولة من هذه المجموعة تشمل تربتزول ، وانافرنيل ، وتوفرانيل وغيرها . وبدرجة اقل الادوية المعروفة (بناهيات المونا مين اوكسديز MAOI) مثل مركب ناردبل ومارزليد Mardil and Mersalid .

3- المنومات _ المسكنات : وهي تثبط الجهاز العصبي المركزي ، كما انها تؤثر في المواد العصبية المرسلة Neurotransmitters ، واهم هذه المركبات هي مستحضرات الباربتيوريت مثل لومنال .

4- العقاقير المضادة للتشنجات الاحشائية : Antispasmodics بعض هذه العقاقير والتي تستعمل في امراض الامعاء والقرحة مثل مركب بروبانثين Probanthine قد تؤدي الى اضعاف القوة الجنسية .

5- المركبات المضادة للتقيؤ Antiemetic وخاصة مركب فينرجان Phenergan والمركبات الاخرى التي تستعمل لمقاومة دوار السفر.

6- الادوية المضادة لمرض الباركنسون او اعراضه Antiparkensonian ، ومن هذه المركبات دواء Disipal: ديسبال وامثاله ، ومركبات ل . دوبا L.Dopa ولهذه ان تؤثر في كل من الانتصاب والذروة . وفي حالات قليلة جدا لها ان تزيد في القوة الجنسية .

7- الادوية المضادة للصرع : Antiepileptic ومن هذه مركب الفينوباربتون (لومينال ، وجاردينال) ومستحضر ايبانيوتن Epanutin

8- الادوية المعقلة : Neuroleptics ، واهم هذه العقاقير مركبات الفينوثايازين Phenothiazine ومنها ميللريل Melleril. ولارجكتيل Largactil وقد يستمر الفعل التثبيطي لهذه المواد زمنا طويلا بعد ايقاف استعمالها ، ولهذه العقاقير ان تؤخر في عملية القذف . واحيانا الى حد ايقافه تماما .

ب- العقاقير المنشطة للجنس

مع كثرة العقاقير التي تؤدي الى تثبيط الدافع الجنسي او الاداء الجنسي ، الا ان هنالك القليل من العقاقير التي تستطيع تنشيط الحياة الجنسية والرفع من مستوى الاداء لها . وقد استحضرت عبر عصور التاريخ مستحضرات كثيرة لهذا الغرض ، وادعي لها او لغيرها الفعالية ، وما زالت مثل هذه الاداعاءات ترتبط بمستحضر او آخر او بمعادلة تشمل مجموعة من المواد في (كوكتيل تنشيطي) يرد الشيخ الى صباه ، ويحتفظ بقواه الجنسية الى ما لا نهاية . هذا ولم يثبت حتى الآن الدليل على صحة مثل هذه الادعاءات ، غير ما يمكن للتوقعات من استعمالها ان تشحذ القوى النفسية وتوجهها ، مما لا بد ان يكون له اثر وقتي على تنشيط المراكز العصبية الفعالة في العملية الجنسية . ومثل هذا الفعل يقع ضمن فعل الادوية غير الفعالة في ذاتها والتي تفعل عن طريق نفسي (البلاسيبو Placebo) .

ان العقاقير التي لوحظ ان لها بعض التأثير التنشيطي للفعالية الجنسية هي المركبات التالية والتي نوردها مع الاحتراز ، اذ ان فعلها قد يكون لفترة وجيزة ، واذا ما استعملت بمقادير قليلة ن كما ان فعلها التنشيطي ربما لا يأتي بسبب فعل مباشر ، وانما بسبب فائدتها في حسر الحالة المرضية التي هي السبب الاساسي في الضعف الجنسي :

أ- الأدوية والمستحضرات التي تؤثر مركزيا :

1- المضادات للقلق والمنومات والمسكنات : ومن هذه الفاليوم ، واللبريوم وموجادون . ومع ان هذه المركبات يمكن لها ان تسبب الضعف الجنسي الا انها بكميات قليلة قد تشحذ النشاط الجنسي وذلك عن طريق ازالتها للقلق الذي ينهى عن الدافع والاداء الجنسي . وهنالك بعض ما يسند الاعتقاد ان مقادير قليلة منها تنشط فعلا الجهاز العصبي ، كما هو الحال بفعل كميات قليلة من الكحول .

2- المخدرات : واهم المواد في هذه المجموعة هي مستحضرات الافيون Opiates وهنالك البعض ممن يعتقد ان هذه المواد تنشط الحياة الجنسية ، غير ان الثابت ان استعمالها لمدة طويلة يؤدي الى العنة .

3- المركبات المهلوسة : Hallucinogens، واهم هذه المركبات مادة ل. س . د LSD وليس هنالك ما يثبت فعلها التنشيطي ، وقد ينحصر فعلها في تنويع الاحاسيس المصاحبة للعلاقة الجنسية مما يجعلها تبدو اكثر جاذبية وارضاء .

4- القنابيات : Cannabis، وهي تستعمل بكثرة في الهند ومصر وغيرها من البلدان وتسوق بمستحضرات واسماء متعددة . وهنالك اعتقاد متواصل ومنتشر في الماضي وحتى الحاضر بفعل هذه المستحضرات التنشيطي على النواحي الجنسية ، غير ان ما يبدو تنشيطا ما هو في الواقع الا ما ينجم عن ازالة النواهي عن الرغبات الجنسية وبالتالي جعل الرغبة الجنسية والعمل الجنسي اكثر امكانية . على ان من الثابت ان الاستعمال الطويل او المفرط لهذه المستحضرات يؤدي في النهاية الى اضعاف الطاقة الجنسية والى حد العنة في الكثير من الحالات .

5- المنشطات النفسية :Psychostimulents ومن اهم هذه المركبات مركب الامفيتامين مثل البنزدرين او الديكسدرين ومستحضر الكوكايين والستركنين . ويبدو ان هذه المستحضرات هي المستحضرات التي لها فعل تنشيطي حقيقي . فاستعمال الامفيتامين بحقنة دموية يؤدي الى حالة من الانتصاب الآني . ولعل هذه الحقيقة هي التي دفعت بالكثير من المراهقين في المجتمعات الغربية الى الادمان على استعمال هذا المستحضر عن هذا الطريق ، غير انه على الرغم من هذا الفعل التنشيطي ، فان الاستعمال الطويل المدى لهذه المستحضرات يؤدي الى اضعاف الاهتمام والرغبة بالامور الجنسية . ومن العقاقير التي استعملت لفترة طويلة كمنشط للاداء الجنسي هي مادة الستركنين ، وبنتيجة استعمالها فان انتصابا آنيا قويا يحدث ، غير انه انتصاب مؤلم . واكثر ما استعملت له هذه المادة هو في اولئك الذين يحتاجون الى اثبات قابلياتهم الجنسية في ظروف خاصة كبداية الزواج .

6- المستحضرات الهرمونية :المستحضرات الهرمونية الذكرية (الاندروجين Androgens) يمكن ان تكون منشطة للأنثى ، وايضا للذكر الذي يعاني من نقص غير اعتيادي في هذه الهرمونات . غير ان اعطاء أي مقادير منها مع توافر المستوى الطبيعي منها عند الذكور فلا فائدة منه في تنشيط النواحي الجنسية . هذا ومن غير

المفهوم الكيفية التي يؤدي بها الهرمون الذكري (الاندروجين) إلى تنشيط الحياة الجنسية عند المرأة . وعلى كل حال فان هذا التنشيط قد يأتي على حساب تشويه جمالها لما يسببه الاندروجين من زيادة الشعر في جسمها وظهور الطفح (حب الشباب) في وجهها والتغير في صوتها .

7- المواد الكحولية : للمستحضرات الكحولية فعل تنشيطي جنسي ، وبعض ذلك ياتي من فعلها التنشيطي على الجهاز العصبي المركزي ، وبعضه ياتي عن طريق التقليل من عوامل النهي التي تقيد العمل الجنسي ، كما يحدث كثيرا في حالات القلق والخوف وفي الحالتين فان الاثر التنشيطي يحدث فقط بتناول مقادير قليلة تتناسب احيانا مع تحمل الفرد وتعوده على الكحول ، غير ان تناول كميات كبيرة له فعل مثبط على الدافع والأداء الجنسي ، ومثل ذلك يحدث في حالات الادمان وتعود تناول الكحول .

8- المركبات العصبية الناقلة : Neurotransmitters واهم هذه المركبات هي دوبامين Dopamine و 5- HT . وعلى العموم فان العقاقير التي تزيد من تركيز الـــ 5-HT في الدماغ تؤدي الى انقاص الدافع الجنسي ، بينما تلك التي تزيد في مستوى الـــ (دوبامين) ترفع من الدافع الجنسي (*)

(*) من المستحضرات التي تجتذب الاهتمام والبحث هو مستحضر بروم كريتبين Bromcryptin والمعروف بانه ينشط الحياة الجنسية ، ويفسر هذا التأثير بانه نتيجة فعل المستحضر على مستوى البرولاكتين . فاذا كان هذا المستوى عاليا في المريض الذي يشكو من الضعف الجنسي ، فان المستحضر يخفض المستوى وينشط الحالة الجنسية . ويعتقد ان المستحضر يحدث اثره الايجابي عن طريق تنظيم وظائف الغدة النخامية وتأثيره على نقل الحوافز العصبية .

ب- العقاقير المؤثرة محيطيا

وتشمل هذه العقاقير مركب الكانثاريديس **Cantharides** او المسمى (بالذبابة الاسبانية **Spanish Fly**) ، ومركب اميل نايترايت **Amyl Nitrite** . والمركبان يعدان منشطين جنسيين (افروديزيه **Aphrodisiacs**) ، غير ان الاخطار الجسمية التي يمكن ان تحدث من استعمالها تحدد كثيرا من هذا الاستعمال لاغراض تنشيطية .

ملاحظات اخرى

انتبه الباحثون في السنوات الاخرى الى الفعل الايجابي والسلبي على النواحي الجنسية نتيجة استعمال بعض العقاقير القديمة او الحديثة . وفيما يلي بعض الملاحظات الواردة في هذا الموضوع .

1- استعمال المسكنات ومضادات الالم بما في ذلك الاسبرين وغيرها من المركبات التي تستعمل في الرشوحات . لها ان تقلل من الميول والكفاءة الجنسية .
2- تفيد احدث التجارب ان الاكثار من شرب القهوة والى حد الادمان قد يؤدي الى الاكتئاب والى تقليل القوة الجنسية .
3- المواد الكحولية ، حالها حال المهدئات قد تؤدي في البداية وبمقادير قليلة الى تنشيط الدافع والاستجابة الجنسية وذلك بسبب ما تحدثه من استرخاء نفسي ، اما الاكثار منها فهو يؤدي الى عكس النتيجة تماما .
4- التدخين المفرط يؤدي الى التقليل من الرغبة والكفاءة الجنسية . ذلك انه يؤدي الى تجمع مقادير كبيرة من اول اوكسيد الكربون في الدم ، مما يمنع وصول الكميات الكافية من الاوكسجين الى الخلايا ، وهذا بالتالي يؤدي الى انقاص في فعالية الخلايا العصبية والجسمية ومن مقدرتها على الاستجابة اللازمة للاثارة الجنسية .
5- من الممارسات المنتشرة في بعض البلدان (امريكا) استنشاق الرجال مواد نايتروجينية متبخرة **Volatile Nitrates** لغرض اذكاء الرغبة الجنسية ، وقد

افادت ملاحظات البعض ممن استعملوا هذه المواد بانها تؤدي الى اطالة فترة الذروة والى زيادة حجم القضيب .

6- لوحظ ان احد المركبات الدوائية الحديثة (PCPA) في علاج الصداع النصفي ، يؤدي إلى زيادة الرغبة والكفاءة الجنسية . غير ان ذلك لا يحدث إلا في المصابين فعلا بالصداع النصفي (الشقيقة) والذين يعانون عادة من هبوط في رغباتهم الجنسية .

7- من المستحضرات الجديدة التي تسترعي الاهتمام هي المستحضرات التي تحوي مادة الزنك . ولما كان سمك المحار يحتوي مئة ضعف من الزنك على ما تحتويه الاطعمة الاخرى ، فهو يستعمل غذاء لبعض الذين يشكون من ضعف او رغبة جنسية .

8- المركبات الجديدة المسماة فيرومونز Pheromones والتي تفرزها بعض الحيوانات والحشرات ، والتي تثير فيها الجاذبية نحو الجنس ، فان هنالك من يعتقد انه قد يكون لها مثل هذا التأثير في الانسان . وقد استخلص احد هذه المركبات من عرق الذكور ، ويسمى (الفا اندروستينول Alpha Androstenol) . وقد دلت بعض التجارب على ان هذا المستحضر فيه ما يجذب الاناث نحو الذكور الذين يستعملون المستحضر تعطيرا او تطيبا للوجه بعد الحلاقة .

العقاقير المانعة للحمل

موضوع اثر الحبوب المانعة للحمل واثرها على الحياة الجنسية للمرأة هو من المواضيع الجدلية التي يكثر فيها الادعاء والتفنيد . ولعل من الاسباب التي تساعد على الجدل هو ان المادة المانعة للحمل هي فقط احدى العوامل المؤثرة في النتيجة النهائية لاستعمالها فشخصية المرأة وتوقعاتها وحالتها النفسية وطبيعة علاقاتها الجنسية كلها ذات اثر قد يغطي على الفعل الدوائي لمانع الحمل . ويضاف الى هذه العوامل ما يمكن ان يكون هنالك من آثار جانبية لاستعمال المانع والتي قد تصرف المرأة عن الرغبة في الامور الجنسية . ومن الآثار الجانبية الاخرى امكانية حدوث شحة في المرطبات للفرج ، مما يجعل المعاشرة مضايقة ومؤلمة للمرأة . وهنالك ايضا امكانية شعور المرأة بالاثم والذنب لانها تتناول مادة تمنع مسيرة الخلق الطبيعية ومشيئة الخالق ، ومن شأن هذا الشعور ان ينهي الى حد ما عن الدافع الجنسي

والسعي الى تحقيقه بالممارسة الفعلية . ومن الناحية الايجابية فان الاطمئنان الذي تشعر به الأنثى بان ممارستها الجنسية سوف لا تنتهي بالحمل ، من شأنه ان يطلق رغبتها الجنسية وان يساعد على اذكائها وارضائها . وفي الحالات التي يتوافق فيها هبوط الرغبة الجنسية مع استعمال الحبوب المانعة للحمل ، فقد يفيد في معالجة ذلك تغيير الحبوب المستعملة الى نوع آخر يحتوي مقادير اقل من هرمون البروجستجين Progestogen ، كما قد يفيد في ذلك اعطاء الأنثى مقادير قليلة من الهرمون الذكري (تستسترون Testesterone) والذي يذكي الرغبة الجنسية في الأنثى ، ولكنه يجب محاذرة امكانية حدوث آثار جانبية لاستعمال هذا الهرمون كنمو الشعر ، والتغير في الصوت الى نبرات الذكورة .

الفصل الحادي عشر

الهرمونات والجنس

الهرمونات والجنس

منذ بداية اكتشاف الهرمونات وحتى الأن ، وهنالك اهتمام عظيم بهذه المواد ومدى علاقتها بحياتنا الجنسية. ويتضح هذا الاهتمام بوجه خاص عند اضطراب الحياة الجنسية وعندما يتوجه الامل الى الهرمونات لتكون وسيلة علاجية ، وهذا ما يحدث عادة في الاضطرابات الجنسية عند الذكور . لقد مرت فترات ساد فيها الاعتقاد باهمية هذه المواد في الحياة الجنسية مما ادى الى التوسع في استعمالها ، وقد انجلت هذه الفترات الطويلة من الاستعمال عن موقف اقل حماسا واكثر تحفظا في استعمالها ، وهو الموقف الذي يسود الآن الاوساط العلمية والمعنية بهذه الناحية من حياتنا . ومع هذا التحفظ بشأن الهرمونات واثرها في الحياة الجنسية ، فليس هنالك من شك في أن هذه المواد ذات اثر على قوة الدافع والأداء الجنسي ، كما ان لها آثارا اخرى على السلوك بصورة عامة ، وعلى تكوين الهوية الجنسية في الجنين وما لذلك من تأثير على المظاهر الجسمية والسمات النفسية والسلوكية للفرد في ادوار لاحقة من الحياة بعد الولادة . وهذا الجانب من تأثير الهرمونات على السلوك الجنسي والعام عند الفرد له جانب مقابل وهو تأثير تجربة الفرد ، والعامل النفسي بوجه خاص في هذه التجربة ، على مستوى الهرمونات الجنسية ، وبالتالي على مستوى فعاليتها .

هنالك العديد من الهرمونات ذات العلاقة بالنواحي الجنسية عند الذكر والأنثى وتتم هذه العلاقة بينها على مستويات ثلاثة ، اولها وثانيها في الدماغ ، وثالثها في الغدد الجنسية في الجسم ، فالمستوى الاول هو نواة الهايبوثالموس **Hypothalamus** في الدماغ ، وهي النواة التي تفرز مادتين كيمياويتين يعرفان على التوالي **FSH-RF** و **LH-RF**. وكلتاهما تؤثران في الغدة النخامية في الدماغ ، وذلك يحفز هذه الغدة على اطلاق هرمونين . الاول يدعى بــ هرمون **(LH)** ، وهو خاص بالانثى ووظيفته لوتينية (يمكن البويضة من الانبثاق من غلافها) ، والاخر خاص بالذكور ويدعى **(ISCH)** وهذان الهرمونان ينشطان الغدد الجنسية في الذكر (الخصيتين) وفي الأنثى (المبيضين) لافراز الهرمونات الجنسية . فالغدد الذكرية تنتج هرمون الاندروجين بصورة غالبة ، والغدد الانثوية تنتج هرمون الاستروجين والبروجيستيرون بصورة غالبة . غير ان كل جنس ، من ذكر او انثى ينتج ايضا مقادير قليلة

من الهرمون الذي يتوافر بصورة غالبة في الجنس الأخر . ويضاف لذلك ان غدة السوبرارينال (الكظرية) ، تنتج مقادير اضافية من هرمون الاندروجين (الذكري) في كل من الذكر والأنثى .

من هذا العرض يتبين أن هنالك عدة حلقات متواصلة من التأثير على مقادير الهرمونات الجنسية في كل من الجنسين ، وأن الاضطراب او العطل في أي حلقة منها قد يؤدي الى اضطراب مناسب في النواحي الجنسية ، كما يتضح أن للمؤثرات النفسية والعصبية فعلا هاما على تنظيم الهرمونات الجنسية وفعاليتها ، ذلك لان غدة الهابيوثالموس ، وعن طريقها الغدة النخامية ، لها صلة وثيقة بالمراكز العصبية العليا من فكرية او عاطفية . والحقيقة الثالثة التي يستفاد منها ، هي ان كل جنس من ذكر او انثى ، يحمل مقادير قليلة من الهرمون الذي يحمله الجنس المخالف بصورة غالبة ، ومصدر هذه المقادير ، وخاصة في الأنثى ، يأتي في معظمه من غدة السوبرارينال ، وفيما يلي مختصر لنواحي العلاقة المختلفة بين الهرمونات الجنسية وبين الحياة الجنسية ، وهي تقع في المجالات التالية :

1- علاقتها بتكوين الهوية الجنسية من ملامح جسمية وخصائص نفسية .
2- علاقتها بالدافع والاداء الجنسي في الكبر .
3- أثرها على السلوك اللاجنسي للفرد .

الهرمونات وتكوين الهوية الجنسية

تصنيف الجنس الى ذكر او انثى ، وتكوين الهوية الجنسية ، وهي الهوية التي يشعر بها الفرد في نفسه عن اتجاهه الجنسي ، هي عملية معقدة ومتواصلة وتلعب فيها الهرمونات دورا هاما . والنظرية التي يؤخذ بها الأن هو ان الفعل الاول في تقرير الجنس الى ذكر او انثى يأتي عن طريق الكروموسومات X و Y في (البيضة الملقحة **Zygote**) الجنينية ، وهذه الكروموسومات تقرر فيما اذا كانت الغدد الجنسية غير المتفرقة ستكون مبيضا او خصية . وحالما يتم التفريق ، فان هذه الغدد تلتقط البرمجة المناسبة للنمو ، فاذا كانت الغدد مبيضية البرمجة ، اتجه النمو نحو الانوثة ، واذا كان خصوية ، اتجه نحو الذكورة ، وفي هذه الحالة الاخيرة فان الغدد تفرز هرمون الاندروجين ، والذي يذكر جسم الجنين ، والا ظل هذا الجسم

انثويا في تكوينه بدون فعل هذا الهرمون . وعلى هذا فان الهرمونات تؤثر على نمو واداء الاعضاء الجنسية ، وعلى تكوين الخصائص الجنسية الثانوية لكل من الجنسين . وهنالك الى جانب هذا التأثير ، تأثيرا آخر على دماغ الجنين ، وخاصة على نواة الهايبوثالموس والمنطقة الحافية (اللمبية) . وهذا التأثير اذا جاء في الوقت الحاسم فانه يذكر او يؤنث الجنين تبعا لذلك فيأتي المولود في بعض خصائصة النفسية والسلوكية اما بخصائص ذكرية أو انثوية . والهرمون الاعظم اثرا في تكوين هذه الهوية الدماغية هو هرمون الاندروجين ، والذي اذا كثر دفع الى اتجاه ذكري ، واذا قل دفع الى اتجاه انثوي ، واذا انعدم كليا فان الجنين يصبح من الناحية الجسمية انثى كليا . هذا وقد لا تظهر بوادر هذا الاثر الا في وقت لاحق من حداثة الفرد وبلوغه سن الرشد . ومما تجدر الاشارة اليه هو أن بعض الحيوانات كالقردة ، اذا ما اعطيت هرمون الاندروجين اثناء الحمل ، فان المولودة الأنثى تنمو لتصبح مذكرة في سلوكها الجنسي كما انها تصبح اكثر حركة وعتفا ومنافسة . اما في الانسان ، فان الملاحظة بانه بدون هرمون الاندروجين ، فان جميع الأجنة تصبح من ناحية التكوين الجسمي اناثا ، كما ان سلوكها فيما بعد يصبح سلوكا انثويا ، ومثل ذلك يحدث اذا لم يكن هرمون الأندروجين متوافرا في الاوقات الحاسمة للتفريق الى ذكر او انثى .غير ان فعل الهرمون في تقرير الهوية الجنسية الكاملة للفرد ليس فعلا كاملا كما هو الحال عند القردة ، ذلك لان للعائلة وللحضارة التي يعيش فيها المولود فعلا هاما في تكوين الهوية الجنسية ، وهذا الفعل يتكون بصورة اكثر وضوحا عند بلوغ الطفل او الطفلة سن الثامن عشر شهرا .

وهنالك افتراض بأن توافر مقادير اقل من المعتاد من هرمون الاندروجين أثناء نمو الجنين له ان يؤدي الى الاتجاه نحو نشوء خصائص انثوية في السلوك ، فيأتي الطفل هادئا ولطيفا وكارها للعنف والى دفعه نحو سلوك سلبي مع افراد عائلته ، وخاصة الأب ، وهو الأمر الذي يهيئه الى الاتجاه نحو السلوك الجنسي المثلي ، ويكون دوره فيه سلبيا . وهنالك نظرية اخرى جاء بها الدكتور انجبورج Ingeborg ومفادها ان اجهاد الام اثناء الحمل قد يؤدي الى التقليل من خصائص الذكورة في الطفل الذكر ، وذلك لأن الاجهاد يسبب افراز هرمون اندروستنديون Androstendione من غدة السوبرارينال ، وهذا الهرمون له صفات غير كاملة لصفات التستسترون . ويمكن له ان يمنع من تذكير دماغ الجنين الذكر .

اثر الهرمونات على السلوك الجنسي (الدافع والاداء الجنسي)

لهرمونات الاندروجين تأثير هام على الدافع والاداء الجنسي . ويبدو ان هذا الفعل فعل متخصص ، فتوافر الهرمون يزيد في الدافع الجنسي لكل من الذكر والأنثى ، ونقصه ، وخاصة في الذكر ، يؤدي الى انقاص هذا الدافع . ويفسر فعل الهرمون بأنه يحدث بسبب تأثيره المنشط على المراكز الجنسية في الدماغ . اما في الذكور فان نقص هرمون التستسترون الذي يحدث بالخصي او بسبب الاستئصال الجراحي او المرضي للخصيتين او لأسباب اخرى ، فان من نتائجه أن الذكر يفقد تدريجيا وبسرعة الاهتمام بالامور الجنسية ، كما انه يفقد المقدرة على الانتصاب ، ومثل ذلك يحدث اذا ما اعطي الفرد علاجا مضادا في فعله لفعل هرمون الاندروجين فاعطاء مركب سايبروتيرون Cyproterone ، كعلاج لحالات الشبق القسري الجنسي يؤدي الى خسارة الفرد السريعة لطاقته الجنسية ، ومثل ذلك يحدث عند اعطاء هرمون الأستروجين لعلاج بعض امراض الجهاز البولي ، ذلك لان زيادة هذا الهرمون تؤدي الى اخلال للنسبة بين الأندروجين والاستروجين . اما في الاناث ، فان اثر الاندروجين يشبه الى حد ما اثره في الذكور ، ذلك ان توافره ، له ان يكون فعلا منشطا للدافع الجنسي في الاحوال الاعتيادية وفعلا مقويا في حالات قلة الدافع الجنسي وضعفه . والملاحظ أن الأنثى التي حرمت من مصادر الاندروجين الطبيعية بسبب استئصال المبيض او غدة السوبرارينال (الكظرية) ، فانها تفقد دوافعها الجنسية ، وتتوقف عن الأحلام والخيالات الجنسية ويتعذر اثارتها جنسيا بما كان يثيرها في السابق ، غير انها اذا اعطيت اندروجين التستسترون لأغراض طبية ، فانها تصبح اكثرا حزما واكثر استثارة بالجنس ، ولهذا الفعل ان يكون مفيدا في علاج حالات البرودة الجنسية في الأنثى لولا ما يمكن ان يسببه استعمال التستسترون في الأنثى من مظاهر الذكور ، كنمو الشعر واختلاف نبرة الصوت . وفيما يلي خلاصة لما هو معروف حاليا من علاقة بين الهرمونات الجنسية والسلوك الجنسي في كلا الجنسين .

1- ان اهمية الهرمونات الجنسية في عملية النمو والنضج الجنسي هي اهمية لا جدال فيها ، غير ان اهمية هذه الهرمونات على السلوك الجنسي في الكبر لكل من الجنسين ، فانها اهمية غير واضحة حتى الان .

2- ان الاضطرابات أو الأمراض التي تصيب الغدة النخامية او السوبرارينال (الكظرية) او الغدد الجنسية ، لها ان تؤدي الى ضعف في الاستثارة والدافع الجنسي عند كل من الذكر او الأنثى . وفي حالة الذكر فانها تؤدي الى نشوة العنة (العجز الجنسي).

3- الخصيتان في الذكر هما المصدر الأهم لهرمون الاندروجين ، واستئصال الخصيتين في الذكور لا يؤدي بالضرورة الى فقدان الدافع الجنسي او المقدرة على الانتصاب كما ان العلاج بهرمون الاندروجين لا يحدث فائدة عظيمة في حالات العنة

4- ان توافر حد ادنى من هرمون الاندروجين يبدو ضروريا في الذكر لاثارة الدافع الجنسي والاستجابات الجنسية ، وما يزيد على هذا الحد الأدنى فان المؤثرات الهرمونية هي عديمة الاثر في التاثير على السلوك الجنسي وفي علاج الاضطرابات الجنسية .

5- ليس هنالك من برهان على ان الهرمونات الانثوية الغالية وهي (الاستروجين والبروجستيرون Oestrogen and Progesterone)، لها اي اثر هام على السلوك الجنسي في الأنثى ، فاستئصال المبيضين مثلا لا يصاحبه عادة اي نقص في الدافع الجنسي عند الأنثى ، الا ان هنالك اثرا اعظم لنقص الهرمون الذكري (الاندروجين) عند الأنثى ، واكثر مصادر هذا الهرمون هو من غدة السوبرارنيال فاذا ما استؤصلت هذه الغدة مثلا فان الاندروجين ينعدم تقريبا عند الأنثى ن ويصاحب ذلك نقص في الدافع الجنسي والاستثارة الجنسية عندها ومثل هذه الحالة تستجيب عادة للعلاج بهرمون الاندروجين . والمعروف ايضا ان نقص الاستروجين عند الأنثى له ان يؤدي الى ضمور الفرج .

تأثير هرمونات الاندروجين على السلوك غير الجنسي

لهرمون الاندروجين تاثير هام على السلوك يتجاوز تأثيره المتخصص باثارة الرغبة الجنسية وتهيئة المحيط الكيمياوي الضروري لتأدية الوظائف الطبيعية اللازمة للاستجابات الجنسية. ومن هذه المؤثرات اللاجنسية لتوافر الاندروجين هي : زيادة الشهية للطعام وتنمية قوة عضلية اعظم والدفع الى نشاط اكبر ، والى تنافس اكثر ، وفي المراهقين الى اتجاه

عدواني وجامح . اما في حالة قلة الاندروجين ، فان العكس يحدث تماما اضافة الى ميل الفرد نحو المظاهر النفسية التي تتصف بها الام عادة .

اثر التجربة النفسية على الاندروجين

كما ان لمستوى الاندروجين ان يؤثر في سلوك الفرد وفي شعوره النفسي ، فان للتجربة النفسية ان تؤثر على مستوى الاندروجين في الجسم فتزيد او تقلل من مستواه مع ما يمكن ان ينجم عن هذا التغيير في المستوى من آثارة ثانوية . والملاحظ في هذه الشأن هو أن تعرض الفرد الى فرص جنسية جذابة ا والى اثارات جنسية ، فان ذلك يؤدي الى زيادة مستوى هرمون التستسترون في دم الذكر . وعلى العكس فان تعرض الفرد الى تجربة حياتية تسبب الكآبة او الفشل او الاذلال فان لذلك التعرض او يؤدي الى انقاص مستوى التستسترون في الدم. وهو ما يحدث ايضا في حالات الاجهاد النفسي المزمن . اما في الأنثى فان تأثير الارهاق النفسي على مستوى هرموناتها فهو اثر غير واضح كليا حتى الآن. وان كان لذلك أن يحدث اضطرابا في دورة الحيض من حيث زمن الحيض ومدته وطبيعته .

الفصل الثاني عشر

الحياة الجنسية للأنثى

الحياة الجنسية للأنثى

مع أن كل علاقة جنسية بين الجنسين منذ بداية الوجود الإنساني وحتى الآن قد تمت بالمشاركة بين الذكر والأنثى ، إلا إننا ما زلنا نعيش في ظلام من الفهم للحياة الجنسية عند المرأة بالمقارنة مع ما هو معروف عن معالم هذه الحياة عند الذكور . ولهذا الواقع من عدم الفهم ، أو خطئه ، أسبابه ، والتي تنجم في معظمها من مقدرة الذكر على الاستئثار والتملك والدفاع عن ذلك ، ومن حاجة الأنثى إلى الرعاية والحماية التي لا يستطيع توفيرها إلا الرجل . ومن هذه البداية في توزيع الأدوار الحياتية ، اتجه الرجل نحو السعي الحياتي وضمان حاجات الحياة ، واتجهت المرأة طوعا أو كرها بهذه الأدوار المختلفة والتي تجاوزت في بعض الأحيان ما هو معقول أو مقبول من الناحية البيولوجية والنفسية . ولم يكن مستغربا لذلك أن يتوارث الرجل النظرة بان الحياة الجنسية هي للرجل دون المرأة ، وبان دور المرأة هو دور الأنثى المطاوعة لحاجات الرجل بما يتطلبه ذلك من توفير الإثارة له واستلام استجاباته الجنسية وحتى إنجاب الأطفال فقد اعتبر إلى زمن غير بعيد بأنه من فعل الرجل لأنه يعطي المني الذي يخرج منه الجنين أما المرأة فهي تحمل هذا الجنين فقط ثم تقدمه دون أن يكون لها دور (وراثي) في تكوينه وبالشكل الذي نعرفه الآن عن المشاركة الوراثية الكاملة للام عن طريق البويضات التي تخصب والتي بدونها لا يمكن للحمل أن يحدث . وجاء التطور الحضاري عبر التاريخ ليسند هذه المعتقدات الخاطئة عن دور المرأة في الحياة الجنسية ، ومالت معظم الحضارات إلى الأخذ بالرأي بان لا حياة جنسية للمرأة ، وأنكرت عليها المتعة الجنسية ، وعدَّ أي مظهر سلوكي للمرأة يبتعد عن هذا الرأي دليلا على الانحراف وان فيه إثم ، أو سحر ، أو استر جال أو شبق ينم عن مرض ، ولم يكن للمرأة بد من أن تتكتم وتستتر عن حاجاتها الجنسية وممارساتها الجنسية ،وعد خروجها على هذا التقليد بأنه ينوه بضلالها وفساد خلقها . ولعل من المفارقات التي تحتاج إلى تفسير وتحليل ، هو كيف أن الرجل عبر عصور التاريخ قد توقع من المرأة أن تغريه وان تثيره وان توفر له المتعة ، بينما ظل هو قابلا بالجهل لحاجاتها الجنسية ، وحتى منكرا لوجودها . ومهما كان تفسير هذه المفارقة ، فإنها قد حرمت الرجل من إدراك عملية (التلاقي) بينه وبين المرأة ، وهي العملية التي لا يمكن إدراكها والتمتع بها إلا إذا آمن الواحد بوجودها عند الآخر كما هي عنده ، وبدون هذا الإيمان والتوجه ، فان الواحد

رجلا أو أنثى ، لن يستطيع بلوغ المرتبة العليا من حس الالتقاء والدمج في الشراكة الجنسية مهما تصور انه استطاع الحصول عليه من جانب واحد .

إن الكثير من المجتمعات الحضارية ما زالت تتمسك بمثل هذه الآراء والمواقف بشأن الحياة الجنسية للمرأة . غير أن هنالك الكثير من مظاهر التغيير في هذه الآراء والمواقف وبدرجات متفاوتة من الابتعاد عن المواقف التقليدية التي تنكر الحياة الجنسية على المرأة وهنالك ضمن هذا التفاوت من يرى أن للمرأة حياتها الجنسية ، غير إنها اضعف بكثير مما يتمتع به الرجل من هذه الحياة ، ومنهم من يرى ان هذه الحياة موجودة ، غير إنها مرتبطة بشكل أوثق بدور الأنثى في الحياة زوجة و أماً وربة بيت . وهي بذلك ليس لها حرية الانطلاق الجنسي ، أو حتى الاستعداد لهذه الحرية ، بمعزل عن هذا الدور الحياتي ، على عكس ما يتصف به الرجل من استعداد للفصل بين الحياة الجنسية ودوره الحياتي . وهنالك من استثير بنتائج الأبحاث والدراسات العلمية عن الحياة الجنسية عند الأنثى ، أو من ربط بين الحرية الجنسية وبين تحرر المرأة ومساواتها مع الرجل . ولعل الخطأ يكمن في البعدين المترفين من هذه الآراء المتباينة ، فكما ان هنالك خطا عظيما في إنكار الحياة الجنسية للمرأة ، فان هنالك خطا كبيرا مماثلا في تصورنا ان الحياة الجنسية للأنثى تتماثل وتتساوى مع الحياة الجنسية للرجل . ومع ان العلم لم يستطع بعد التوصل إلى فهم كاف أو كامل لحياة المرأة الجنسية ، إلا ان ما هو معروف حتى الآن يلقي بعض أضواء المعرفة التي لها ان تفند الكثير من الآراء السائدة والمتطرفة في هذا الموضوع .

الملاحظات والدراسات والأبحاث

ان مجمل الدراسات عن الحياة الجنسية للأنثى هي حديثة العهد نسبيا ولا تتجاوز كثيرا المئة سنة الأخيرة ، غير إننا لا نستطيع إغفال الملاحظات حول هذا الموضوع والتي وردت في سياق البحث في الأمور الجنسية في عصور وحضارات مختلفة من التاريخ من هندية و صينية وإغريقية وعربية وغربية . ومع ان الكثير مما جاء في هذه الأبحاث كان لغرض التندر أو الإثارة للشهوة عند الذكور ، إلا ان بعض ما ورد فيها يحمل دلالات الإدراك والفهم للحياة الجنسية للمرأة بما لا يختلف كثيرا عن الفهم المعاصر لأوجه هذه الحياة . غير انه لم

يقدر للمعلومات الهامة في بعض هذه الأبحاث ان تؤثر في مجرى تاريخ الأبحاث الجنسية ، وضلت هذه الكتابات حتى هذا الزمن مجرد مصدر إعلامي عن الحياة الجنسية للمرأة يثير الشهوة ولا يدعو للفهم. وهو الأمر الذي افقد هذه الكتابات قيمتها الحقيقية أو ربما الغاية من كتابتها .

ان معظم مصادر البحث المعاصرة في موضوع الحياة الجنسية عند المرأة قد بدأت في منتصف القرن الماضي وما بعده كجزء من طبيعة الحياة الجنسية وأصولها البيولوجية . ومع ان معظم الأبحاث عن السلوك الجنسي وانحرافاته قد توجهت نحو الرجل ، إلا ان معظم الأبحاث المتصلة بتأثير التجربة الجنسية وكبتها وتحويلها إلى علة نفسية قد توجه إلى الأنثى ، وكانت الحياة الجنسية للأنثى المحرك الأول لنشوء النظريات التحليلية النفسية . وظلت معظم الدراسات في هذا المجال محصورة بالبيانات السريرية التحليلية ، مما له ان يظلل عن الفهم الصحيح للحياة الجنسية للمرأة . وتعد أول دراسة جديه للحياة الجنسية للمرأة الدراسة التي قام بها كنزي KINSEY (1953) عن (السلوك الجنسي عند الأنثى) وتلتها دراسة شسر CHESSER (1957) عن العلاقات الجنسية والزوجية والعائلية للأنثى الانكليزية ، ثم جاءت أبحاث ماست رز وجو شون (1966) التي انصبت في معظمها على ملاحظة الاستجابات الفيزيولوجية للعلائق الجنسية للأنثى .ثم دراسة سيجوش SIGUSCH (1970) عن الفروق بين الجنسين في الإثارة الجنسية النفسية ، ودراسات سيمون فشر FISHER (1970 -1973) عن الذروة عن الأنثى ، وغيرها من المواضيع المتصلة بالحياة الجنسية في المرأة . ومن أهم الأبحاث الحديثة هو بحث العالم النفسي ايزانك EYSENCK (1976) القائم على أساس قائمة استبيان مواقف الأنثى نحو الجنس ، وهو بحث يقارن أيضا مواقفها مع مواقف الرجل بالنسبة لمفردات الاستبيان . ومن هذه الأبحاث وغيرها يمكن استخلاص النتائج التالية وقبل عرض هذه النتائج ، يقتضي ان نبين هذه الدراسات قد قامت على عينات من الإناث في مجتمعات غربية ولا تتشابه مع التركيب الاجتماعي لحضارتنا في هذه الجزء من العالم . ثم ان العينات المدروسة لا تمثل بالضرورة واقع الحال العام في المجتمعات الغربية كما ان النتائج قد لا تنطبق مع واقع أصحابها الذين أجريت عليهم الأبحاث والتجارب والملاحظات ، فالأمانة في الإفادة عما يحدث فعلا ، ربما لا تتوفر في جميع الأفراد بالتساوي ثم

ان مقدرة الفرد على تفسير ووصف ما يحدث بالفعل خاصة في المجال الشعوري ،قد تتباين في حدود واسعة ، ثم ان ما يلاحظ في تجارب دراسية قد يختلف جذريا عما يحدث في واقع الحياة. ومع هذه الاحترازات فان ما حصل عليه الباحثون في أبحاثهم من نتائج يمثل جانبا هاما من واقع الحياة الجنسية للأنثى لا يمكن إهمال اعتباره .

الدافع الجنسي للأنثى

مع ان غير القليل من الناس ما زال يحمل الاعتقاد ان الأنثى خالية من الدوافع الجنسية ، وبان متعتها انحدثت بسبب العلاقة الجنسية ، ما هي إلا متعة ناجمة عن شعورها برضا ومتعة شريكها الجنسي ، إلا ان مثل هذا الرأي لا يمكن إثباته أو الدفاع عنه في أوجه البيانات المتوفرة والكافية لدحضه . فقد بات من المعروف والواضح ان الأنثى حتى في سنين طفولتها الصغيرة تمارس العبث الجنسي بصورة أو أخرى ، حتى بدون ملاحظة أو مشاطرة الذكر سعيا للإثارة الجنسية ، وهذا السعي ليس له ان يكون ممكنا لولا ان الأنثى حالها حال الذكر تتحسس بدافع يحملها إلى السعي للإثارة الجنسية بصورة ما . ثم ان من الضروري لنا ان نفسر الاستجابات الفزيولوجية التي تصاحب الإثارة الجنسية ، وهي استجابات لا يمكن ان تحدث تلقائيا وبدون تحريك من دافع أو حافز . وأخيرا فان شعور الأنثى بالتوتر والتوقع وما ينتهي إليه هذا الشعور من شعور الانفراج والمتعة والرضا ، لا يمكن ان يحدث بدون توافر الدافع إلى هذا التوتر ثم إرضائه وإطفائه بالاستجابة لمقتضياته .وهكذا فان لنا ان نفترض ان الأنثى لا تمثل فقط الاستجابة الجنسية للذكر ، وان ما تمثل استجابتها الذاتية للعلاقة الجنسية التي تنطلق في الأساس من رغبتها ودافعها الجنسي ، وهي بذلك تتساوى مع الرجل في توفير هذا الدافع في حياتها . غير ان القول بالتساوي لا يعني ان قوة الدافع الجنسي متساوية عن الجنسين وفي جميع الأحوال . ومن الفوارق بين الجنسين في هذا الأمر وانه بينما لا يدخل الذكر في علاقة جنسية إلا عن توافر الدافع الجنسي في شعوره ، فان الأنثى كثيرا ما تشارك بالعلاقة الجنسية بدون توافر هذا الدافع مطاوعة للذكر وإرضاء له . وفي مثل هذه الحالة فان استجابتها الجنسية الفيزيولوجية والشعورية تكون ناقصة وتنم عن فقدان الدافع الجنسي ولا يمكن لها لذلك ان تنتهي بالمتعة والرضا لأنه ليس هنالك من دافع يرضي ويستجاب له .

ان تفسير الدافع الجنسي للأنثى ، كالدافع الجنسي عند الذكر ، ما زال بعيدا عن الإحاطة التامة بطبيعته وأسسه البيولوجية ومراكزه العصبية والكيفية التي يبدأ ويتجمع بها ومع الافتراض بوجود الأساس البيولوجي للدافع الجنسي ، إلا ان هذا الأساس لا يبدو كافيا لتفسير مظاهر هذا الدافع في الإنسان كما يفسرها في معظم الحيوانات . وهذا ينطبق على الأنثى الإنسانية كما ينطبق على الذكر . ومع ان هنالك أوجه شبه بين الدوافع الأساسية في الإنسان كالجوع والعطش ، وبين الدافع الجنسي من حيث تجمع قوة الدافع في الحرمان ، وقلة الدافع بالإرضاء والإشباع ، إلا ان هنالك مظاهر أخرى تتباين في موضوع الدافع الجنسي والتي لا بد من تفسيرها ، ومهما كان تفسير الدافع الجنسي وفروق هذا الدافع عن دوافع أساسية أخرى ، فان مما لا شك فيه ان هذا الدافع وجد لكي يحقق فعله ويرضي ، وان عملية الإرضاء تعطي الشعور باللذة ، وان إعطاء هذا الشعور ضرورة حياتية لا لمجرد التكاثر فحسب بل لتشجيع الإنسان على البقاء في عالم غير خالي من اللذة ، وليس هنالك من فرق في أجزاء هذه الفرضية بين الذكر والأنثى .

يعرض التساؤل فيما إذا كان للأنثى نفس القوة من الدافع الجنسي ، ونفس المقدرة على تجميع الدافع بعد الإرضاء من حيث المثابرة والتكرار ، وإذا ما كان دافع الأنثى يتوافق مع دافع الذكر من حيث السن الذي يبدأ أو ينتهي فيه ، ومن حيث تزايد قوته أو خبوت هذه القوة مع الزمن . كما يحدث عند الذكر وأخيرا فيما إذا كانت الاستجابة لهذا الدافع تتم بنفس الطريقة التي تتم بواسطتها الاستجابة للدافع الجنسي عند الذكر ؟ وهنالك بعض الاستبيانات المتوافرة حول هذه الأمور ومنها :

- ما إفادة به دراسة كنزي **(1953)** من ان الأنثى اقل استثارة من الذكر بعوامل الإثارة الجنسية النفسية ، وخاصة إذا كانت المثيرات بصرية فهي لا تثار بشدة لرؤية الجسم العاري أو المواضيع البصرية كما هو الحال عند الذكر وقد استنتج من ذلك ان المراه اقل من الرجل في موضوع الاستثارة الجنسية . غير ان هذا الواقع مهما كان تفسيره لا يدلل بالضرورة على ان الدافع الجنسي عند الأنثى اقل قوة من الذكر ، وكلما قد تعنيه هذه الظاهرة هو ان الدافع الجنسي للأنثى يثار على حقيقته وبقوته بغير ما يثير

الرجل في جميع المواقف والحالات ، وقد تحتاج الأنثى إلى توافر مثيرات خاصة لا تتوافق بالضرورة مع ما يثير هذا الدافع في الذكور . وأفادت دراسة سيجوش SIGUSCH (1970) ان المرأة تثار بنفس المواضيع الجنسية النفسية بما في ذلك المواضع المرئية حالها حال الرجل ، وان كان الرجل أكثر استثارة من المرأة غير ان هنالك من النساء ممن يثيرهن ذلك أكثر من كثير من الرجال ، ويبدو ان العوامل الحضارية هي التي تمنع المرأة من المجاهرة بدوافعها واثاراتها الجنسية ، ولولا ذلك فان بعض الباحثين يتوقعون ان لا يكون هنالك فرق بين الجنسين من حيث الدافع والإثارة الجنسية .

- بينت الدراسات المختلفة انه إذا ما تساوت الفرص بين الجنسين للعلاقة الجنسية وإذا ما توافر الاختيار بدون ضرورات المطاوعة فان الأنثى من قوة الدافع وتكراره ما لا يقل كثيرا عن الرجل .
- يتأخر بلوغ الدافع الجنسي في الأنثى إلى درجة الإلحاح عند بلوغ الذكر هذه الدرجة وهذا يتضح من ظاهرتين أولهما ان ممارسة الاستمناء اقل إلحاحا عند الأنثى منها فالذكر ، وبان انتشارها في الإناث لا يبلغ حد انتشارها في الذكور ولا يتسارع مع النمو كما هو الحال عندهم ، والظاهرة الثانية هي تأخر الدورة في الأنثى إلى حوالي السن العشرين ولعل في هاتين الظاهرتين من تخلف الأنثى عن الذكر ، ما قد تكون له ضرورته البيولوجية وذلك بتمكين الأنثى من الاحتفاظ بطاقاتها الجنسية إلى حين نضجها الجنسي ، ومتى اكتمل هذا النضج فليس هنالك من دليل على ان الدافع الجنسي إذا أثير عند الأنثى ، فهو اقل قوة وحاجة للإرضاء منه عند الذكر .
- وهنالك ملاحظة أخرى تميز الدافع الجنسي في الأنثى عنه في الذكر ، فبينما الذكور بشكل عام يستيقظ دافعهم الجنسي تلقائيا في الكثير من الأحيان وبدون الحاجة إلى الإثارة الخارجية أو جنسية موضعية فان الأنثى على العكس قليلة التحسس بدافعها الجنسي بشكل تلقائي وهي في معظم الأحيان بحاجة إلى إثارة خارجية أو موضعية وقد لا يمكن تفسير هذا الفرق بين الجنسين غير ان وجود هذه الظاهرة في الأنثى من شانه ان يوفر عليها الفشل في إرضاء دوافع جنسية تلقائية لا سبيل إلى إرضائها

وفي هذا ما يجنبها المعاناة ، وقد يكون في كل ذلك غاية بيولوجية تخدم أغراض المرأة والجنس الإنساني في آن واحد .

الإثارة الجنسية

هنالك شعور عام بان المرأة تثار بصورة اضعف مما يثير الرجل عادة من اثارات جنسية وقد ساعد في انتشار هذا الرأي ان الأنثى نفسها تعتقد ان الذكور يتأثرون بشكل أوسع واشد مما تتأثر به هي من مواضيع تنوه بالجنس . وقد أجريت في السنوات الأخيرة أبحاث استبيانيه واختباريه لامتحان صحة هذا الرأي ، وقد تباينت النتائج لمثل هذه الأبحاث فمنها ما أيد وجود فروق واضحة بين استثارة الأنثى والذكر عند تعرضها لمثيرات معينة ، ومنها ما أكد أية فروق جوهرية بين الجنسين في الاستثارة لفعل عوامل مختلفة . وقد استخدمت في هذه الأبحاث الصور والأفلام والتسجيلات الصوتية والقصص والروايات وتعريت الجسم وغيرها من عوامل الإثارة الجنسية ومن النتائج الواردة في هذا الأمر ما يلي :

- أفاد كنزي في دراسته الإستبيانيه عن الحياة الجنسية للأنثى (1953) ان هنالك فروقا كبيرة بين الذكر والأنثى من حيث استثارتهم بالمواضيع الجنسية وقد وجد ان الذكور أكثر استثارة من الإناث بالمواضيع الجنسية الواضحة .
- بينت دراسة شمدت وسيجوش shmidt and sigusch (1970) ان الأنثى اقل من الرجل استثارة بصور الممارسات الجنسية ، غير إنها أكثر من الذكر استثارة بالإنتاج الأدبي (ولعل هذا يفسر الإقبال الأشد للمرأة على قراءة القصص والروايات والمجلات الغرامية) .
- وبينت دراسة هايمان HEIMAN (1977) ان الأنثى أكثر استثارة بالأفلام واقل بالخيال ، واقل من ذلك بالقصص المسجلة على الأشرطة غير ان المرأة كالرجل تثار بشكل اشد بالتسجيلات التي تصف العلاقة الجنسية من الاستثارة بالتسجيلات التي تصف الحب الرومانسي . وقد كانت حصيلة هذه الأبحاث هي ان الجنسين أكثر تأثر بالأفلام ذات المواضيع الجنسية الواضحة منه ما بالأفلام القصصية غير ان هذا الفرق والتأثير هو أكثر وضوحا في الذكر منه في الأنثى .

- قامت بتريشا جيلان و كرستوفر فرث P. GILLAN AND C. FIRTH (1977) بتجارب امتحان الرأي بان الذكور يستجيبون باستثارة اشد بالمواضيع المرئية (الأفلام) من الإناث اللواتي يثرن بالمواضيع الكلامية – الصوتية (القصص) .وقد بينت الدراسة ان الجنسين يثاران بهذه المواضيع بصورة أوسع واشد مما كان عليه الحال عندما قام كنزي بدراسته عام 1953 ، غير ان الدراسات بينت وجود فرق بين الجنسين فالذكور في الدراسة استجابوا أكثر للدراسة التي تقدم لهم تصويريا (المرئيات) بينما استجابت الإناث بصورة أعظم عند تقديم هذه المثيرات بصورة كلامية أي عن طريق الصوت والسمع . وقد بينت الدراسة ايظا طريقة الاستثارة ففي رأي الباحثين ان الأنثى تثار عن طريق الانعكاس أو الإسقاط ، فهي عندما ترى الفلم فإنها تعكس ذاتها فيه وتتصور إنها الفتاة في العلاقة ، بينما الذكر فانه يثار عن طريق الموضوعية وذلك بتصوره انه هو الذي يقوم بالعلاقة مع الفتاة في الفلم . وخلص الباحثان إلى الرأي بان العرض الصوتي يساعد الاستثارة الانعكاسية وبان العرض البصري يساعد الاستثارة الموضوعية . وهذه يؤكد بان المرأة أكثر تأثيرا بالقصة وبالكلام وبالصوت وان الذكر أكثر تأثيرا بالموضوع المرئي . ونتائج هذا البحث تؤيد الملاحظة بان الذكور ينشغلون بصورة أعظم في الأمور الجنسية عن طريق التفكير والخيال ، وهي عمليات عقلية تقوم في معظمها على أساس التجزئة البصرية ، بينما الإناث ينشغلن بهذه الأمور عن طريق الحديث أو القصص وهي التي تبني على الكلام والصوت والسمع . والتوافق بين هذه الملاحظات والدراسات الفعلية تؤيد الرأي المطروح كبديهية وهو ان الذكر يحب بعينيه أما الأنثى فهي تحب بأذنها . وقد يكون هنالك صعوبة في تحليل هذه الظاهرة باعتماد الأنثى على الصوت في الإثارة الجنسية واعتماد الذكر على البصر ، وهي ظاهرة لها ما يشابهها في حياة الكائنات الأخرى خاصة الطيور وقد يساعد في فهم هذه الظاهرة الأبحاث الحديثة عن الدماغ والعقل . فهذه الأبحاث تؤيد الاعتقاد ان لكل إنسان دماغين وعقلين ، الأيمن والأيسر وكل واحد منهما يكون فص الدماغ أو نصف الكرة الدماغية ويعتقد الباحثون ان كل فص من الدماغين يقوم بعمل مستقل بما في ذلك التفكير . فالدماغ الأيسر يقوم

بالأعمال العقلية التي تعتمد في معظمها على النطق والكلام ، بينما الأيمن فانه يقوم بالأعمال العقلية غير الكلامية كالتفكير المجرد كالخيال والأمور الواقعية المبنية على الإبصار وينظر العلماء إلى ان الدماغ أو العقل الأيسر وهو العقل الصوتي أو الكلامي هو العقل المؤنث ، وان العقل الأيمن أو غير الكلامي فهو يشمل العقل المذكر . ومع ان الواحد منا ذكر أو أنثى يملك الدماغين والعقلين في ان واحد إلا ان الغلبة في الأنثى هي العقل الأيسر (الكلامي) بينما الغلبة في الرجل هي العقل الأيمن (غير الكلامي) ويعطي هذا التحليل تفسيرا لغلبة السمع والكلمة في حياة الأنثى ، وغلبة الفكر والخيال والبصر في حياة الذكر . وإذا صح هذا التحليل فقد يقتضي السؤال عن الأسباب الحياتية التي جعلت هذه الظاهرة ضرورة بيولوجية ، ويمكن تعليل ذلك على أساس الضرورات الحياتية التي تتطلب من الرجل الاعتماد على بصره وفكره المجرد وخياله لضمان بقائه بما في ذلك عائلته ، بينما الأنثى في تحتاج إلى الصوت والكلمة والسمع كوسيلة للاتصال والتخاطب مع طفلها . فصوتها كصوت الطفل له أهمية قصوى في الإبقاء على العلاقة بينهما وهي علاقة تمكن الأم من الانتباه والرعاية بطفلها ، كما ان صوت الطفل يعطي الأم أهم دلالات التعلق . ولا غرابة ان يكون للصوت والكلمة في حياة الأنثى أكثر مما هو لها في حياة الذكر ، وان يضل الصوت يحمل للأنثى من معاني الحب والإثارة الجنسية ما لا يحمله شيء آخر .

- أجريت أبحاث لبيان تأثير التعرية الجسدية على استجابة الإناث للاستثارة الجنسية وقد وضع السؤال التالي لمجموعة مختلطة كبيرة من الإناث عدد (536) : هل يلذك النظر إلى جسم الذكر العاري ، إلى حد عظيم بعض الشيء / قليلا ، أو لا أبدا ؟ وقد كانت نتائج الاستبيان كما يلي : 26% إلى حد عظيم ، 35.7% بعض الشيء ، 22% قليلا ، 11.7% أبدا ، 4.8% لم يجبن . وأفادت ثلاث أرباع الإناث بأنهن يجدن جسم الرجل جذاب وثلثان يجدنه مثيرا وثلاث أرباعهن يجدنه مهيجا جنسيا . وهذه الدراسة تدحض الآراء السابقة بان الأنثى تجد معاني في جسم الرجل تثير رغبتها الجنسية . ومن الأبحاث الأخرى عن تأثير جسم الرجل على استثارة الأنثى البحث ألاستبياني عن اثر التكامل الجسم العضلي عند الذكور على الإناث ، وقد أفادت بعضهن 57.6% بان

هذا الغرض من التنمية العضلية هو غير طبيعي ، و 48.4% بأنه غرور و 38.2% بأنه تشويه وأفادت 14.9% منهن بالاستحسان لذلك وهكذا يتضح بان الغالبية العظمى من الإناث ينظرن بعدم الرضا والاستحسان للرجل العضلي بأنهن يفضلن عليه الرجل الاعتيادي .

وأخيرا فان هنالك مسألة الاستثارة التلقائية والاستثارة المحدثة ، فالذكور على العموم لديهم القابلية على الاستثارة التلقائية في الأمور الجنسية ، اما بدون سبب أو بفعل التأمل والخيال والحلم ، بينما الأنثى لا تستثار عادة أو بسهولة بنفس الأسباب ، فهي بحاجة إلى مثير خارجي مباشر كالصوت أو الكلمة أو الصورة ، أوالى مثير داخلي مباشر في منطقة أو أخرى من المناطق الجنسية في جسدها .وهكذا فإنها تثار بالإثارة الفعلية أكثر بكثير من استثارتها بالاثارات غير الفعلية ، التلقائية منها أو الخارجية . وهذا الواقع يعطي الأنثى خصوصية أعظم في اختيار ما يثيرها مما هو عليه الحال عند الذكر ، وهذا يجعل الأنثى بالضرورة البيولوجية أكثر اتزاناً ووفاء وحصرا في علاقتها الجنسية من الذكر .

مواطن الإثارة الجنسية

للأنثى من مواطن الإثارة الجنسية أكثر وأوسع مما للذكر . فبينما تتحدد هذه المواطن عند الذكر بالأعضاء الجنسية ، فإنها عند الأنثى تتضمن بالإضافة لهذه الأعضاء مناطق أخرى في الجسم يمكن ان يثير لمسها إثارة جنسية ، ومن هذه المناطق النهدان وبخاصة الحلمتان ، والفم وجانب العنق من الناحيتين . ويمكن عد كون الفم موطنا للإثارة بأنه استمرار للدور ألفمي في ادوار النمو الجنسي النفسي في الطفولة ، اما النهدان والحلمتان فان بالإمكان ان نفترض إنهما عضوان للاتصال بين الأم والطفل ، وان طبيعة المرأة قد اقتضت ان تجد الإثارة وبالتالي المتعة من التماس معها . وقد تكون هذه المتعة ضرورية لحمل الأم على الإقبال على إرضاع طفلها وتقبله ، وهكذا يصبح الثدي والحلمة مركزا للإثارة يمكن استثارتها لأغراض ذات طابع جنسي . وهنالك تفسيرات أخرى نحو وظيفة النهدين لأغراض الإثارة ، ومنها ما يجد ذلك نتيجة لعمليات التعليم والتلقين التي تتعرض لها الأنثى خاصة في المجتمعات التي تعطي النهدين منزلة خاصة في الجاذبية الجنسية . هذا وهنالك تفاوت عظيم بين الإناث في قوة

ومدى استثارتهن عن طريق هذين العضوين ، الصدر والحلمة ، وفي مدى استجابتهن الجنسية لهذه الاثارات ، فمنهن من لا تتحسس بشيء ، ومنهن من تستطيع الحصول على الذروة من هذه الإثارة فقط . اما الأعضاء الجنسية للأنثى التي تعد مصدرا للإثارة فهي الفرج والبظر . وهنالك جدل عن أهمية كل من العضوين في الاستثارة الجنسية ، كما ان هنالك تباينا بين الإناث في مدى استجابتهن الجنسية بإثارة البظر أو الفرج . ومما تجدر ملاحظته في هذا الأمر ، هو ان البظر في تركيبه البيولوجي وأصوله الجنينية يتشابه مع القضيب عند الذكور ، كما انه في الأنثى كما يبدو، لا يخدم غرضا غير غرض المتعة . اما الفرج ، فان لثلثه الخارجي أعصاب حسية يمكن ان تثار باللمس أو الضغط ، بينما الثلثان الداخليان لا يتوافر بهما أي أعصاب حسية . وهذا الجزء لذلك لا يمكن إثارته . وسنعود إلى هذا الموضوع عند البحث في الاستجابات الجنسية للأنثى .

الهرمونات والجنس

تتوافر في الأنثى هرمونات متعددة ، غير ان هذه الهرمونات تتراوح في مقادير توافرها في جسم الأنثى بين الحين والأخر ، كما إنها ليست ذات أهمية متماثلة ومتساوية في تأثيرها على الحوافز الجنسية . والمعروف ان الهرمونات المعروفة بـــ (الستيرويدز Steroids) ، هي الهرمونات الأساسية المؤثرة في هذه الحوافز ، وهذه الهرمونات – الستيرويدز ، هي جزئيات صغيرة نسبيا ومتشابهة إلى حد كبير في تركيبها ، وهي تفرز من الغدد التناسلية (المبيض في الأنثى ، والخصية في الذكر) ، ومن القشرة الخارجية (للغدة الكظرية Suprarenal) . واهم الهرمونات التي تفرزها هذه الغدد هي الاندروجينات Androgens والاستروجينات Estrogens . والهرمونات الاندروجين والاستروجين كلاهما يوجدان في الذكر والأنثى ، غير ان نسبة الاندروجين للاستروجين هي أعلى بكثير في الذكور منها في الإناث ، والمصدر الأساسي للاندروجين في الأنثى هي الغدة الكظرية ، بينما المصدر الأساسي للاستروجين هما المبيضان ، وقد أفادت الأبحاث بان استئصال المبيضين في الأنثى لا يقلل بالضرورة من حوافز ورغبة الأنثى الجنسية . اما استئصال الغدد الكظرية فهو يفقد الأنثى كل مصدر للاندروجين ، ويؤدي ذلك عادة إلى التوقف الكامل للرغبة الجنسية

عندها. وهكذا يبدو ان الاندروجينات ، خاصة تلك التي يكون مصدرها الغدد الكظرية ، هي الهرمونات التي تثير الرغبة والحوافز الجنسية عند الأنثى . بينما الاستروجينات ومصدرها المبيضان فان لا تأثير لهما على هذه الحوافز ، فيلاحظ مثلا ان الرغبة الجنسية قد تكون عالية بينما مستوى الاستروجينات منخفض كما هو الحال في فترة الرضاعة بعد الولادة .

والذي ينظم إفرازات الستيرويدز هي الهرمونات التي تفرزها الغدد النخامية في الدماغ Pituitary . وفيما يتعلق بالأنثى فان هذه الهرمونات تغير إنتاج الاستروجين وتسبب نضج البيضة في المبيض ، وتتفاعل مع الدماغ لتكوين العادة الشهرية ، ومنها ما يصير القشرة الخارجية للغدة الكظرية لكي تنتج الستيرويدز بما في ذلك هرمونات الاندروجين ، وهذه الهرمونات التي تفرزها الغدة النخامية لتنظيم إنتاج الستيرويدز ، تخضع نفسها لتنظيم من هرمونات أعلى والمسماة بالهرمونات المطلقة Releasing Hormones ، أو ما يسمى أيضا بالهرمونات العصبية . ومركز إنتاج هذه الهرمونات هو في نواة الهابيوثلموس Hypothalamus . وهي نواة عصبية هامة تقع فوق الغدة النخامية مباشرة . وحتى هذه الغدة ، فان هرموناتها العصبية خاضعة للتاثير من عدة مراكز عصبية .

ومن هذا العرض المختصر للهرمونات الفعالة في جسم الأنثى يتضح ان إمكانيات التأثير على مستوى الهرمونات ، خاصة الحافزة للرغبة الجنسية – الاندروجين – متعددة وأن مصادر هذا التأثير قد تكون فيزيولوجية عضوية أو نفسية . ومن الممكن لهذه المؤثرات ان تحدث أثرها على الحافز الجنسي بزيادتها لإنتاج الاندروجينات ، غير ان هنالك من الحالات التي يزيد فيها الحافز الجنسي عند الأنثى بدون حصول أي زيادة في هذه الهرمونات .

ويطرح السؤال فيما إذا كانت دوافع الأنثى الجنسية تتغير أثناء الدورة الشهرية وهي فترة تتغير فيها مستويات هرمونات الاستروجين والبروجستيرون بشكل واضح وواسع وهرمونات الاندروجين بشكل بسيط يصل ذروته في منتصف الدورة ، وقد قام أدري وموريس Udry and Morris (1970- 1968) بدراسة هذا الموضوع . وهما يعتقدان ان الحافز الجنسي للمرأة يزداد خلال الجزء الأول من الدورة ويصل ذروته في منتصفها ، ثم يتنازل تدريجيا ، ثم يرتفع ثانية في نهاية الدورة ، ويرى باحثون آخرون ان الذي يقرر شدة وضعف

الحوافز الجنسية عند الأنثى لا يتبع التغيرات الهرمونية ، وإنما يتقرر تبعا للنظرة السائدة بشان العادة الشهرية ، وبان الامتناع الجنسي خلالها يهيئ لرغبة جنسية اشد بعد انتهائها ، والى رغبة مماثلة قبيل ابتدائها تحسبا من ضرورة الامتناع .

وعلى الرغم من تعدد الهرمونات المؤثرة في حياة المرأة ، وعلى الرغم من التفاوت الكبير في مستوى هذه الهرمونات خلال الدورة الشهرية ، فان هنالك ما يدعو للأخذ بالرأي بان المرأة في إثارتها الجنسية تعتمد على الدوافع المحفزة من خارج نفسها أكثر مما يعتمد الذكر وهذا يتفق مع ما اشرنا إليه في بداية هذا الفصل من ان الاستثارة التلقائية هي اقل ظهورا في الحياة الجنسية للأنثى منها عند الذكر . ولعل في هذا تفسير في كون الأنثى تستمني بإلحاح اقل وبتكرار اقل من الذكر ، كما إنها غير معروفة بالاغتصاب ، وهي ظاهرة سلوكية يختص بها الذكور دون الإناث ، وتدل على إمكانية وشدة إثارتهم الجنسية التلقائية .

استجابات الأنثى الجنسية

هنالك تشابه عظيم في نوعية الاستجابات الجنسية بين الذكر والأنثى بما في ذلك التشابه في ادوار هذه الاستجابات من حيث التتابع والمدة الزمنية والتغيرات الفيزيولوجية والمحتوى الشعوري الذي يصاحبها . وهذا التشابه ليس مستغربا إذا أخذنا بعين الاعتبار بان معظم الأعضاء الجنسية في الذكر والأنثى لها مصدر بيولوجي جنيني واحد ، ثم ان الجنس بالنسبة لكل من الذكر والأنثى هو عملية جسمية عاطفية تشمل الجسم بكامله كما تشمل التفاعل الكامل بين الجسم والعقل للوصول إلى نهاية الاستجابات الجنسية . كما ان المراكز العصبية المركزية العليا والمراكز العصبية المحيطية التي تخدم الاستجابات الجنسية هي واحدة في الجنسين . وكما بينا في الفقرة السابقة ، فان الأساس الهرموني الذي يشارك في تنظيم الاستجابات الجنسية متماثل في الجنسين مع فروق نسبية بينهما تلاءم طبيعة المرأة وطبيعة الرجل ولأغراض تناسلية أكثر منها جنسية . وبالنظر لأننا تناولنا بالبحث موضوع الاستجابات الجنسية للذكر والأنثى في فصل آخر ، فإننا سنختصر في بحث هذا الموضوع في هذا الفصل الخاص بالمرأة ، غير إننا سنؤكد على بعض هذه الاستجابات وأهمها الذروة عند الأنثى :

ان معظم الحقائق التي نعلمها عن الاستجابات الجنسية عند المرأة مستمدة من نتائج الأبحاث الاختيارية التي قام بها ماست رز وجونسون Masters and Jonhnson. ومع انه لا يمكن عد الاستجابات الجنسية التي تتم في ظروف اختباريه وعلنية (إلى حد ما) مساوية تماما للاستجابات الجنسية الاعتيادية التي تتم في ظروف خاصة ومستترة ،ومع ذلك فان النواحي الفيزيولوجية في هذه الاتجاهات واحدة في جميع الحالات . وقد قسم الباحثان ماست رز وجونسون هذه الاستجابات إلى أربعة ادوار أساسية هي على التوالي 1- دور التهيج ، 2 - دور الهضبة ، 3- دور الذروة ،4 -دور الانحلال أو الذبول . وهي تناظر الأدوار الأربعة المعروفة عند الذكور وهي دور الانتصاب ودور الهضبة ودور القذف (دور الذروة) ودور الانحلال ، ومع التشابه في الأدوار بين الجنسين ، إلا ان استجابات المرأة أكثر تنوعا من استجابات الذكر وأكثر مطابقة لنمط الاستجابة . وهنالك تشابه آخر في الاستجابات بما في ذلك سرعة التنفس وتزايد فعالية الجهاز القلبي الدموي . غير ان أهم الفروق في الاستجابات الجنسية عند الأنثى تقع في دور الذروة .

الدور الأول – دور التهيج

وتظهر آثاره في أعضاء غير تناسلية وفي أعضاء تناسلية . فالانفعال في الأعضاء غير التناسلية يظهر في الثدي والحلمة ، فيحدث تغير في حجم ولون الثدي والحلمة ، فالحلمة تنتصب في هذا الدور وتزداد طولا وعرضا (من القاعدة) ويحتقن النهد وتبرز أوردته تحت الجلد مما يزيد من حجمه . وهنالك في هذا الدور تورد في الجزء الأعلى من البطن قد يصل إلى الصدر والنهدين كما ان هنالك الانفعالات الفيزيولوجية الحادة التي تحدث عند الذكور من تزايد النبض والتنفس وارتفاع الضغط ، وزيادة التوتر العضلي خاصة في الجزء الأخير من هذا الدور . اما التغيرات التي تحدث في الأعضاء الجنسية والتناسلية فهي تشمل الشفرتان ، والفرج ، والبظر ، والرحم ووظيفة هذه التغيرات هي ان تهيئ للولوج والى جعل إثارة البظر أمرا ممكنا . فالشفرتان الاشعران يرتفعان قليلا ويبتعدان عن فتحة الفرج ، اما الشفرتان الأصغران (الاسكتان) فإنها يزيدان حجما إلى حوالي الثلاث مرات ويبرزان عبر الشفرين الاشعرين وكأنهما بذلك يزيدان في عمق قناة الفرج . اما الثلثان الخارجيان من الفرج . فإنهما يزدادان توسعا . واستجابة لهذا الدور

فان جدار الفرج يفرز سائلا منديا ومرطبا أشبه ما يكون بالتعرق ، وهذا يحدث خلال 10 إلى 30 ثانية ، كما ان لون جدار الفرج يتغير بسبب الاحتقان الدموي فيه .والذي يلاحظ في هذا الدور انه يتشابه ويتساوى زمنا مع دور الذكر ، وهو كما هو واضح يهيئ الذكر للولوج والأنثى لتسهيل ذلك.

الدور الثاني – دور الهضبة

لا يحدث تغير هام في الشفرين الاشعرين ، خلال هذا الدور ، غير ان الاحتقان الدموي يستمر ويتزايد خلال هذا الدور . كما يتزايد الاحتقان في الثلث الخارجي من الفرج مما يقلل من سعته . وخلال هذا الدور يبدو وكان البظر قد اختفى كليا ، غير ان هذا مجرد سراب ، ذلك ان البظر قد كمن وراء الغطاء المتكون من التقاء الشفرتين الصغيرتين ، ويعتبر هذا الدور دور توتر جنسي شديد ، وينظر البعض إلى هذا الدور كأنه (منصة الذروة Orgasmic Platform) فهو إما يهيئ الأنثى للذروة ، وإما ينتهي بالفشل في إدراكها ، وله لذلك ان يستمر فترات متفاوتة في مدتها الزمنية بين أنثى وأخرى ، وفي الأنثى ذاتها بين استجابة جنسية واحدة وأخرى ،وهو بذلك لا يتوافق من حيث الزمن مع هذا الدور من الاستجابة الجنسية عند الرجل والذي يستغرق نحو دقيقتين أو ثلاث .

الدور الثالث - دور الذروة

يهيئ الدور السابق لبلوغ الذروة ، والواقع ان الأنثى ، أو بعض الإناث في بعض الحالات ، يستطعن الحصول على الذروة بدون ضرورة تجاوز هذا الدور ، كما يمكن لهن معاودة الذروة مع بقائهن في هذا الدور . غير ان التغيرات الفيزيولوجية التي تحدث في هذا الدور هي التقلص المتواتر والإيقاعي والذي يحدث في الثلث الخارجي من الفرج ، وبوصول الذروة إلى حد الثلثين الداخليين للفرج فان قناة الفرج تستطيل ، كما تحدث حركات دافعة للحوض . وتقلصات الذروة التي تحدث في الفرج تتابع بفاصل زمني مدته ثمانية أعشار الثانية بين تقلص وآخر ، وتبلغ التقلصات بين 3 -15 عددا في كل شعور بحدوث الذروة . غير ان الفترة الفاصلة بين تقلص وآخر تزداد تدريجيا بعد الثلاث أو الست تقلصات الأولى ، كما ان

شدة التقلصات تقل تدريجيا مع تزايد عددها . هذا ويمكن للذروة ان تتكرر مرتين إلى عدة مرات بدون ان تفقد الأنثى ما يسمى (بمنصة الذروة) ، كما يمكن لبعض الإناث ان يتمتعن بذروة غامرة (حالة ذروة متواصلة Status Orgasm us) تستمر بدون فواصل زمنية لمدة تصل إلى ما بين عشرين وستين ثانية ، هذا لا يحدث أي تغير في البظر أثناء دور الذروة.

الدور الرابع – دور الانحلال – الذبول

أول التغيرات في هذا الدور تحدث في الثلث الخارجي للفرج والذي يكوّن منصة الذروة .وفي هذا الجزء يزول الاحتقان الدموي بسرعة ، غير ان عكس عملية التوسع في الثلثين الداخليين يتم بشكل أكثر بطا . اما البظر فانه يعود بالظهور في خلال 5- 10 ثوان بعد انتهاء عمليات التقلص في الفرج المصاحبة للذروة ، غير ان الأنثى إذا ما وصلت إلى دور الهضبة ، ولم تستطع بلوغ دور الذروة ، فان عكس عملية الاحتقان في البظر قد تستغرق ساعات عديدة .

المشاكل الجنسية للأنثى

ان المشاكل التي يمكن ان تعانيها الأنثى في حياتها الجنسية عديدة ومتنوعة وقد تكون في بعض نواحيها أكثر تعقيدا من المشاكل الجنسية التي يعانيها الذكور وأكثر عسرا على الفهم . ولعلنا نجد التعليل لذلك في ان الأعضاء الجنسية في الأنثى أكثر عددا وأوسع انتشارا في الجسم وبأنها أكثر اتصالا بدور الأنثى كأم ، وما يقتضيه ذلك من ارتباط بين حالاتها الفيزيولوجية والهرمونية أثناء الدورة الشهرية وخلال فترات الحمل والوضع والرضاعة وسن اليأس ، وكلها قد تؤثر في اثاراتها واستجاباتها الجنسية . ثم ان الأنثى أكثر اعتمادا على الذكر في اثاراتها الجنسية ، ولهذا فان حياتنا العاطفية تتقرر بإمكانية وطبيعة علاقتها مع الذكر ، ولهذا فلا يمكن فهم الحياة الجنسية للمرأة ومنا طويلا بسبب إنكار هذه الحياة عليها أصلا ، أو بسبب الجهل ، أو بسبب التستر والاستحياء وغيرها من دواعي الكتمان لحياتها الجنسية . وحتى عندما بدا التفطن بوجود حياة جنسية للمرأة ، فان فهم هذه الحياة ومشاكلها قد جاء يمثل وجهة نظر الرجل وبالقياس مع حياته الجنسية ومشاكلها ،وحكم عليها بناء على مدى نجاحه أو فشله في إرضاء حاجاته الجنسية . ومع ان الوضع قد تغير كثيرا في العصر الحاضر ، إلا ان الأنثى قلما تسعى

للاستشارات الطبية من اجل حل مشاكلها الجنسية ، وهي ان فعلت ذلك فإنما تقوم به تحت ستار شكواها من مشاكل تناسلية ، أو ضمن نطاق شكاوى طبية عامة أو نفسية مختلفة . ويفسر إحجام الأنثى عن البوح بمشاكلها الجنسية بان بعضه يأتي بضرورة التوافق مع الواقع الاجتماعي وبعضه بسبب عدم فهم الأنثى فهما كاملا لحدود حياتها الجنسية وما هو طبيعي أو غير طبيعي في هذا المجال ، كما ان بعضه يأتي من كون الأنثى أكثر قابلية من الذكر على التعايش والتكيف مع واقعها الجنسي مما يدعو إلى الاعتقاد ان للأنثى حدا أدنى من المتطلبات الجنسية ترضى به وتتكيف عليه ، ولا تعاني كثيرا من فشلها في تجاوزه .

يمكن ان تعاني الأنثى من طائفتين من المشاكل في حياتها الجنسية ، الطائفة الأولى تتعلق بميولها الجنسية وبمقدرتها على الحصول على المتعة من ممارستها الجنسية ، والطائفة الثانية من المشاكل تتعلق بالأعضاء الجنسية التي تشملها العلاقة الجنسية . ومع وضوح الفرق بين الطائفتين من المشاكل ، إلا ان الاضطرابات في واحدة منها يمكن له ان يسبب اضطرابا في مجال الآخر ، وهكذا فكثيرا ما تبرز شكوى المرأة بشكل متعدد الجوانب من الناحيتين . ولتسهيل فهم هذه النواحي المعقدة نحاول بحث ذلك في موضوعين أساسين ، أولها العطل في الرغبة والمتعة الجنسية وثانيهما العطل في العلاقة الجنسية ذاتها .

1- عطل الرغبة والمتعة الجنسية

مع ان العطل في الرغبة الجنسية يؤدي عادة إلى عطل في المتعة الجنسية ، إلا ان العطل في أي منهما قد يكون منفصلا تماما عن العطل في الجانب الآخر ، ومثال ذلك ان توافر الرغبة الجنسية لا يؤدي بالضرورة إلى حصول المتعة الجنسية ، ولهذا يقتضي النظر في الحالتين على صورة منفصلة ، وان كانت الصلة بينها وثيقة .

أ- عطل الرغبة

تبدأ الرغبة الجنسية من بداية التفكير أو التحسس بالحاجة الجنسية ، وتمتد إلى أبعاد متفاوتة بين أنثى وأخرى ، وفي الأنثى نفسها بين حين وآخر وبين لقاء جنسي وآخر . وعطل الرغبة لذلك يمكن ان يحدث في البداية فيقل أو ينعدم التفكير أو الرغبة في الجنس ، وإذا ما بدأ ، فانه

ينقصه الدافع لمتابعة الرغبة ، وبالتالي فان الرغبة ليست لديها القوة لإثارة الاستجابات الفيزيولوجية المصاحبة للإثارة الجنسية . وقد يحدث ان تكون لدى الأنثى الرغبة النظرية في الأمور الجنسية غير إنها تعجز عن نقل هذه الرغبة إلى دافع جنسي لسبب أو آخر ، كما إنها قد لا تبدي اهتماما أو رغبة تلقائية في الأمور الجنسية في البداية ، وإنما تتولد الرغبة عندها بالإثارة عن طريق أو آخر ، كما إنها قد تكون ذات رغبة جامحة في البداية ، وإنما تتولد الرغبة عند أول محاولة لتحقيقها فعليا . وفي جميع الحالات فان الأنثى أكثر حاجة من الذكر للحوافز المثيرة للرغبة الجنسية . وإذا لم تتوافر هذه الحوافز بالقدر الكافي والملائم ومن الشريك الجنسي القادر على إثارتها ، فان الرغبة الجنسية عندها تظل كامنة أو غير واضحة بحدود إمكانياتها الفعلية ، ولهذه الأسباب فان الذكور يحكمون على الإناث بأنهن اقل منهم رغبة في الأمور الجنسية ، مع انه ليس هنالك ما يثبت هذه الملاحظة والتي ربما لا تفيد أكثر من ان حوافز الأنثى هي أكثر خصوصية ودقة ورقة وتعقيدا من حوافز الذكر ، وبأنه يترتب عليه عبء التوافق مع هذه الخصوصية في تعامله معها ، وإلا فشل في إثارة الرغبة الكامنة في نفسها وفي دفعها نحو الاستجابة الناجحة . والأمثلة على عطل الرغبة عند الأنثى كثيرة فهنالك الأنثى التي لا تثار مطلقا بأي عاطفة جنسية ومن أي مصدر وفي أي موقف ، وهنالك التي تشعر بالعاطفة ولا تستطيع الاستثارة بها والاستمرار نحو الاستجابة أو الشعور بالمتعة وهنالك الأنثى المتزوجة والتي لا تشعر بأي رغبة جنسية مع زوجها الذي لا تجبه أو تميل إليه مع إنها تحتفظ برغبة طبيعية في ذاتها . وهنالك التي لا تظهر رغبة جنسية في المعاشرة الجنسية ، مع إنها تظهر هذه الرغبة في أنماط أخرى مع الممارسة الجنسية كالاستمناء أو العلاقة الجنسية المثلية ، أو تتطلب ممارسة منحرفة لإثارة رغبتها والاستجابة لها .

ان أسباب عطل الرغبة الجنسية متعددة ، وقد يشارك أكثر من سبب واحد في إحداث هذا العطل . وأسبابها على العموم تتشابه مع أسباب العطل في الرغبة الجنسية عند الذكور وان كانت للأنثى خصوصياتها من بين هذه الأسباب ؛ فخوفها التقليدي مما قد يترتب على العلاقة الجنسية من نتائج ، قد يخلق في نفسها حالة من التطبع على الخوف مما يقيد رغبتها الجنسية كما ان تربيتها المحافظة في النواحي الجنسية قد يكون لها نفس الفعل الناهي عن الرغبة . وهنالك أيضا عوامل النهي الناجمة عن تخوف الأنثى من العلاقة الجنسية في حد ذاتها ، ومن

نتائجها في الحمل ومسؤولية الإنجاب والتربية ، وكلها قد تضعف أو تجمد الرغبة الجنسية . ومن هذه الأسباب تخوف الأنثى من ان تكون علاقتها الجنسية سببا في ارتباط زوجي لا تستطيع التخلص منه مما يوقف رغبتها ، وهنالك أيضا حالات هبوط الرغبة الجنسية التي تحدث بسبب ما يضعف الجسم بشكل عام مهما كان سبب ذلك ، أو نتيجة إجراء عمليات جراحية كاستئصال الرحم أو الثدي . وفعل مثل هذا الإجراء هو فعل نفسي أكثر منه فعل فيزيولوجي ، وإذا عددنا هذه الأسباب جميعا ، فإننا نجد ان فقدان التوافق والميول والجاذبية الجنسية بين الشريكين في العلاقة الجنسية ، هو أهم وأكثر الأسباب تفسيرا لاضطرابات الرغبة الجنسية في مجموعها عند الأنثى .

ب- عطل الإرضاء الجنسي

ربما لا تستطيع الأنثى الحصول على متعتها أو لذتها الجنسية بسبب العطل في رغبتها الجنسية كما أوضحنا ذلك في الفقرة السابقة ، غير ان هذا العطل في الإرضاء قد يحدث مع توافر الرغبة الجنسية بشكل طبيعي ، ويمكن لعطل الإرضاء الجنسي ان يقع في قلة أو عدم وجود متعة في العلاقة الجنسية أثناء الإعداد أو القيام بها غير ان هذه المتعة قد تكون متوافرة إلا ان الأنثى لا تحصل في علاقتها الجنسية على حالة (الذروة) . أو إنها لا تحصل عليها دائما وبالقدر أو المدة الزمنية أو بالتكرار المقنع لها .

ان أهم ما يقتضي إدراكه في هذا الموضوع هو ان الأنثى قد تحصل على الإرضاء الكافي لحاجاتها الجنسية بدون ضرورة وصولها إلى حالة الذروة . والكثير من الإناث يقنعن بما تجلبه العلاقة الجنسية في حد ذاتها من تماس وتوافق والتقاء بصرف النظر عن حصول الذروة في هذه العلاقة ، غير ان ما حدث من انفتاح على المواضيع والأبحاث الجنسية في السنوات الأخيرة ، قد ابرز أهمية الذروة في التجربة الجنسية للأنثى والتي راحت تعتقد بسبب هذا الإبراز ان فشلها في الحصول على الذروة يدل على عطل هام في حياتها الجنسية أو إنها حرمت من تجربة ضرورية لإكمال هذه الحياة . ومثل هذا الاعتقاد قد أدى إلى ظهور اضطرابات نفسية فيها الكثير من المعاناة ، كما أدى إلى قيام التوتر في العلاقات بين الذكر والأنثى بما في ذلك تحمل جانب أو أخر لمسؤولية ذلك . وبالنظر لما اكتسبه هذا الموضوع من

أهمية طارئة في السنوات الأخيرة ،وما نجم عن ذلك من تعقيدات في حياة الكثيرات من الإناث فقد بات من الضروري تناول الموضوع بقدر اكبر من العناية والبحث ، وفيما يلي خلاصة لما هو معروف علميا حول الذروة في الأنثى .

- أفادت دراسة كنزي ، وهي دراسة استبيانيه تعد قديمة بالنسبة للدراسات الحديثة غير إنها هامة بوصفها أساسا للمقارنة مع المعلومات الحديثة ، بان هنالك فرقا واضحا بين إمكانية وعدد الذروات التي تحدث للأنثى في حالة كونها أنثى غير متزوجة أو إنها متزوجة ومن أي مصدر كان ، فبينما يحصل حوالي 100% من الذكور على الذروة في سن العشرين ، فان 40% من غير المتزوجات و 60% من المتزوجات يحصلن على الذروة في هذه السن وتزداد نسبة حصول الذروة تدريجيا في الحالتين فتبلغ 50% و 80% على التوالي في سن الخامسة والعشرين ، و 70% و 95% على التوالي في سن الخامسة والأربعين، اما عدد الذروات فانه يضل ، على عكس الذكور ، قليلا في حالة عدم الزواج ، ويضل ثابتا على هذه القلة طوال حياة الأنثى ، بينما تكون الذروات أكثر عددا عند المتزوجات في سن مبكر وتقل تدريجيا مع تقدم العمر (معدل 9 مرات في الشهر في سن العشرين مقابل مرتين في الشهر في سن الستين) . وهي بذلك تتشابه مع الذكر من حيث التنازل التدريجي مع العمر ، وان كانت اقل منه بفارق 10 إلى 30 % من حيث عدد الذروات قبل الزواج بأي طريقة ، هي أكثر حظا في الحصول عليها بسبب الزواج ، من تلك الأنثى التي لم تستطع الحصول على الذروة في الزواج . كما وجد كنزي ان ثقافة الأنثى تعطيها حظا أعظم في الحصول على الذروة . كما وجد ان الأنثى بنهاية السنة الأولى من الزواج لها 75 % من إمكانية الحصول على الذروة ، وان هذه النسبة تبلغ 90% بعد عشرين سنة من الزواج ، كما ان واحدة من كل ثلاث من إناث عينت كنزي الدراسية أفادت بحصولها على ذروات متعددة في اللقاء الجنسي الواحد .

- ان البيانات الدراسية تفيد بان الأنثى منذ زمن كنزي (1953) وحتى الآن قد أصبحت أكثر قدرة على الحصول إلى الذروة ، وهذا لا يعني ان الأنثى المعاصرة تختلف في طبيعتها البايلوجية عن أنثى عهد كنزي .وكل ما حدث هو ان الأنثى المعاصرة أصبحت تتمتع بحرية جنسية أوسع ، وبادراك لمواطن إثارتها الجنسية وكيفية الحصول عليها ، كما ان شريكها

الجنسي أصبح أكثر وعيا لحاجتها الجنسية وضرورة إرضائها لا من اجلها فقط ، وإنما من اجل تمتعه بتوافق الذروتين . ثم ان استعمال مانعات الحمل بصورة واسعة في وقت الحمل قد جعل المرأة تقبل على العلاقة الجنسية من اجل إرضاء الرغبة وبدون المخاوف السابقة من عواقب العلاقة الجنسية وهي المخاوف التي كانت تنهي في الكثير من الأحيان عن بلوغ الأنثى لذروتها وقد تأيد الانطباع بتزايد نسبة حصول الأنثى على الذروة بالدراسات التي قام بها هنت Hunt (1974) عن السلوك الجنسي في السبعينات في الولايات المتحدة كما تؤيد ذلك من دراسات مماثلة في فرنسا وألمانيا الغربية .

- أفادت دراسة ماست رز وجونسن بان العمليات الفيزيولوجية متشابهة في كل من ذروة الذكر والأنثى ، غير ان الأنثى أكثر قابلية من الرجل للحصول على ذروات متعددة ، ويرى البعض في هذه الظاهرة (شيرفي Sherfay) (1966) إنها دليل على ان إمكانية الذروة للأنثى أعظم من إمكانية الذكر .

- تفيد الأبحاث ان الأنثى تستطيع الحصول على الرضا الجنسي دون اعتماد ذلك على الحصول على الذروة ، وهكذا فلا يمكن النظر إلى الرضا الجنسي والذروة وكأنهما شيء واحد تماما . فكنزي مثلا وجد بان 30 % من النساء المتزوجات لا يحصلن على الذروة أبدا أو لماما ، وبان 50% من المتزوجات لا يحصلن عليها إلا لماما ، غير ان نسبة كبيرة من هؤلاء يجدن متعة في العلاقة الجنسية على الرغم من ذلك .

- يعتقد بعض الباحثين ان الإناث يحصلن على الذروة ولو بدرجة طفيفة غير ان الإناث ينكرن ذلك بسبب أو أخر . ويمكن تفسير هذا الإنكار في بعض الحالات على انه نتيجة لطبيعة الذروة ، فقد يكون الشعور بها قليلا بحيث لا يلاحظ ، وقد تكون غير مرضية أو ملذة ، كما إنها قد تؤدي إلى مزيد من التوتر .وهنالك بعض الإناث ممن لا يقبلن بتجربة الذروة .

- تجد معظم الإناث ان إثارة البظر اليدوية هي عملية هامه للحصول على الذروة فحوالي 19% يجدونها ضرورية جدا ، 64% يفضلنها على إثارة الفرج ، ومعظم الدراسات تؤيد الاعتقاد ان حض الأنثى من الذروة يكون أعظم بإثارة البظر بأي طريقة . وينظر إلى إثارة

الفرج بأنها إثارة مباشرة تنتهي بإثارة البظر ميكانيكيا . وتفرق بعض الأبحاث بين شعور المرأة في ذروة البظر وذروة الفرج ، فشعور ذروة البظر هي أكثر حده وعنفا ، بينما تكون ذروة الفرج أكثر عمقا وهدوء . وهذه الأبحاث قد أدت إلى تقسيم الأنثى من حيث الإثارة الجنسية إلى صنفين من الإناث من حيث طبيعتهن النفسية ، الأنثى الموجهة بظريا ، والأنثى الموجهة فرجيا . وفي هذا التصنيف تعتبر الأنثى الموجهة فرجيا أكثر قلقا ، وأكثر إثارة لجسدها ، وإنها لا تمتلك صورة واضحة عن تكوينها الجنسي والتناسلي . ويفسر بعض المحللين بظاهرة التفضيل بين الذروة والأخرى على انه يرد لا إلى مكان الإثارة بالذات ، وهي الإثارة إلي تؤثر في البظر في الحالتين ، وإنما يرد إلى الطبيعة النفسية للأنثى ، فالأنثى التي تميل في نفسها إلى ان تكون هي مركز الاهتمام ، ويكون شريكها الجنسي منفصلا عنها أو مهتما بها ، فإنها تفضل أثارت البظر والحصول على ذروتها عن هذا الطريق اما الأنثى التي تميل في نفسها إلى الدمج الكلي مع شريكها الكامل في اللقاء الجنسي فإنها تفضل طريق الفرج في الإثارة للحصول على الذروة .

العوامل المؤثر في الذروة

لوحظت بعض العوامل المؤثرة في ذروت الأنثى وبعض هذه الملاحظات العلمية تؤيد أو تنفي ما هو متناقل عن هذا الموضوع . وفي ما يلي بعض هذه الملاحظات .

- ليس هنالك من إثبات ان الأنثى المتدينة هي اقل حصولا على الذروة من نظريتها التي لا تتجه للأمور الدينية .
- الأنثى الأعلى تعليما هي أكثر إمكانية في الحصول على الذروة من غير المثقفة إلى هذا المستوى ، وهذه الملاحظة تنفي ما هو شائع من ان الأنثى المتعلمة هي اقل تحسسا بالإثارة الجنسية .
- ليس هنالك أية علاقة بين عدد المعاشرات الجنسية وبين الذروة ، وكما ان الزمن في حد ذاته غير كفيل بتحقيق الذروة للأنثى التي لا تستطيع الوصول ، فهنالك نسبة قليلة من الإناث ممن يساعد مرور الزمن على وصولهن إلى الذروة .

- ليس هنالك من علاقة وثيقة بين إمكانية الحصول على الذروة وبين خصائص الشريك الجنسي من حيث شخصيته وخبرته الجنسية . وان كان هنالك بعض الباحثين ممن يحملون الذكر مسؤولية فشل الأنثى في الحصول على الذروة .
- لم يستطع احد حتى الآن إثبات ان ذروة الأنثى تعتمد على عوامل هرمونية أو جسمية.
- ان ما لا يمكن إغفاله في بحث الذروة عند الأنثى وإمكانية الحصول عليها ، هو ان المعدل الزمني لحصول الذكر على ذروته ، وبالتالي توقفه عن أثارت الأنثى ، يقل بشكل واضح في نسبة كبيرة من الإناث عن الزمن اللازم لأثارت الذروة عندهن ، ومن شان هذه التفاوت الزمني ان يترك الكثير من الإناث ، وفي الكثير من العلاقات الجنسية ، في منتصف الطريق ، ولهن بذلك اما القبول بالواقع ، أو ممارسة الإثارة اليدوية أو مثلها ذاتيا أو بمعاونة الشريك الجنسي أو الاستمناء .
- هنالك الرأي الذي تأخذ به الأوساط التحليلية الجنسية والذي يفيد بان الأنثى التي تفشل في الحصول على الذروة تعاني من اضطراب نفسي ، وان فشلها يدلل على تكوين نفسي غير قادر على التكيف ، وإنها مضطربة وينقصها تكامل الذات (الأنا) .وإنها تعاني من صراعات غير واعية مما يجعلها قلقة وغير مستقرة . ومن أهم هذه الصراعات ما يتصف (بالمركب الاوديبي) ، أو ما هو ناجم عن عقدة الحسد للذكر بسبب القضيب ، أو بسبب الشعور بالإثم ، أو النزعة السيادية . وهكذا ففي نضر التحليلين فان فشل الذروة ما هو إلا عارض من الأعراض المدللة على اضطراب نفسي عام . وتأخذ المدرسة التحليلية برأي فرويد في ان الذروة الطبيعية للمرأة هي التي تحصل عن طريق ولوج الفرج ، وتعد ذروة البضر عن طريق أي إثارة دليلا على عدم نضج الأنثى وإنها ناقصة التكيف ، غير انه لا يتوافر الدليل الكافي لإسناد هذه الآراء التحليلية فجميع الأبحاث والدراسات التي قامت بها حتى الآن لا تبين وجود أي ارتباط أو توافق بين الذروة من ناحية وبين التوازن النفسي من ناحية أخرى ، إلا في القلة القليلة من الحالات . ويمكن ان يخلص المرء إلى الاستنتاج من متابعة

الأبحاث العلمية التي جرت حتى الآن انه لا يوجد هنالك مسور للاعتقاد ان الأنثى التي تعاني من صعوبات في الذروة هي بالضرورة أنثى مضطربة نفسيا .

ان موضوع الذروة وإثارتها أو إحباطها ما زال موضوعا يحتاج إلى الدراسة والفهم . ومع كثرة ما قيل وكتب في الموضوع ، فان هنالك حقيقة واحدة واضحة وهي ان الأنثى منذ بداية هذا القرن ، لها حظ متزايد في الحصول على الذروة ، في المجتمع الغربي على الأقل ، وقد يكون لتزايد تحرر الأنثى وزيادة وعيها لذاتها ولإمكانياتها الأثر الكبير في زيادة تحقيقها لا مكانية حصولها على الذروة . ومما تجدر الإشارة إليه هو ان الأنثى في بعض المجتمعات البدائية المعاصرة تحصل على ذروتها في معظم أو جميع العلاقات الجنسية ، فقد أفادت الأبحاث الحضارية الانثروبويولوجية على مجتمع (مانجايا Mangaia) في جنوبي المحيط الهادي بان الأنثى في هذا المجتمع تحصل دائما على ذروتها الجنسية ، وبأنها تعجب من الأنثى في الحضارة الغربية التي لا تستطيع ذلك وتعد فشلها مضرا بصحتها . ويفسر الباحثون هذه الظاهرة في هذا المجتمع بأنها إلى حد ما نتيجة التسامح في الأمور الجنسية ، والى القيمة الكبرى التي تعطى في هذا المجتمع للمتعة الجنسية ، كما تفسر على أساس ان هذا المجتمع البدائي يختلف عن المجتمعات الغربية وغيرها في ان الرابطة العاطفية بين الشريكين في العلاقة الجنسية تبدأ بعد إكمال الصلة الجنسية لا قبلها، وقد يكون في ذلك ما يساعد المرأة على الوصول إلى ذروتها .

2- العطل في العلاقة الجنسية

يمكن ان تعاني الأنثى من عدة اضطرابات عضوية أو فسيولوجية موضعية لها ان تؤثر في حياتها الجنسية ، واهم هذه الاضطرابات هي الحالات التالية :

1- عطل الاحتقان : وهذا يؤدي إلى النقص في تندية الفرج وإعاقة امتداده وتوسعه . ويماثل هذا العطل عطل الرجل في الانتصاب . وقد يحدث هذا العطل بسبب ضعف استجابة الأنثى للرغبة الجنسية ، أو قلة هذه الرغبة ، أو بسبب عدم توافر الحافز المناسب لها من حيث الشريك أو طريقة الإثارة . وقد يكون في ذلك دليلا على ان الأنثى تشعر بالفشل والغيظ

بسبب عدم تفهم الشريك لحاجاتها . وقد يكون في ذلك دليلا على ان الأنثى تشعر بالفشل والغيظ بسبب عدم تفهم الشريك لحاجاتها . ومن أهم الأسباب لهذا العطل النقص الهرموني (الاستروجين) بسبب سن اليأس ، أو عجز المبيضين المبكر أو بسبب علة عصبية تؤثر في محور الهايبوثالموس – الغدة النخامية – المبيض . ومن الأسباب أيضا ، مرض السكري والقلق والغضب وغيرها من الحالات الشعورية التي يمكن لها ان تسبب تهيبا من الجنس خاصة مع شريك جنسي تشعر بأنه يستغلها ويستعبدها لإغراضه الجنسية بصرف النظر عن حاجاتها ، أو لأنها لا تميل إليه أو لم تعد تجد فيه الجاذبية الكافية لاستثارتها جنسيا .

2- عطل تشنج الفرج : Vaginismus وهو يحدث على شكل تشنج وتقلص في عضلات الثلث الخارجي من الفرج (Vaginismus) ، ويحدث ذلك بشكل انعكاس لمجرد التفكير بالعلاقة الجنسية أو الهم بها ، مما يجعل العلاقة الجنسية مؤلمة جدا أو مستحيلة ويمكن لهذا التشنج ان يتعقد بإضافة تقلصات الفخذين مما يمنع محاولة الولوج . وتحدث هذه الحالة في بداية الزواج عند بعض الإناث وهذا يعبر عن تطبع الأنثى على الخوف من العلاقة الجنسية ، كما ان الحالة قد تحدث بسبب الزواج نتيجة لتجربة مؤلمة أو اغتصابية الطابع وقد تحدث الحالة في ظروف معاكسة تماما كان يكون الزوج رقيقا ولطيفا وسلبيا مما يشجع الأنثى على الاستمرار في عطلها . ومن الأسباب المهيأة للعطل ، الثقافة الخاصة للأنثى ونضجها النفسي الذي يقرر مدى تقبلها لمسؤوليات ونتائج الحياة الزوجية . ويضاف إلى هذه الأسباب إمكانية توافر أية آفة أو ضرر عضوي موضعي يمكن له ان يجعل العلاقة الجنسية مؤذية أو مؤلمة .

3- الجماع المؤلم : Dyspareunia ، وهي حالة أكثر وقوعا في الأنثى منها في الذكر .وهنالك أسباب عديدة نفسية وجسمية وجراحية لهذه الحالة والتي ، كما بينا سابقا ، يمكن لها ان تكون السبب الأولي لحالة تشنج الفرج . ومن الأسباب الهامة لهذه الحالة ، هي ان الشريك الجنسي يقبل على الجنس بعنف ، وبفرض حاجته على شريكته بدون مراعاة لها . ومن الأسباب أيضا التهاب أو تهيج البظر أو الفرج ، والنقص في ترطيب الفرج لسبب أو لأخر ، أو استعمال الأنثى لبعض مستحضرات منع الحمل (غير الحبوب) ، بما في ذلك استعمال المعاجين والفرزجة – اللولب Pessary والدوش ، والرفال (كيس الذكر) . ومن

الجلي ان هذه الحالة لها ان تعيق الأنثى عن استجاباتها الجنسية ، وان تمنعها من الحصول على الرضا الجنسي بما في ذلك الذروة .

المشاكل المشتركة في حياة الأنثى الجنسية

يمكن للأنثى ان تعاني من تجارب جنسية مما يمكن عده مغايرا للنمط الطبيعي في الحياة الجنسية . وقد يقع ذلك في إحدى المجالات التالية وهي الاستمناء والجنسية المثلية والانحراف الجنسي . وقد تناولنا هذه المجالات بالبحث المفصل في الفصول الخاصة بها وسنختصر هنا بعض النقاط الهامة في هذه المواضيع بقدر تعلقها بالحياة الجنسية للأنثى .

1 -الاستمناء

يمارس الأطفال من الجنسين العبث الجنسي منذ السنة الأولى أو الثانية من العمر وهم يحصلون على شيء من المتعة من هذا العبث ويعانون من توتر وعصبية في حالة منعهم من هذه الممارسة . ومع انه يصعب مساواة هذا العبث مع العلاقة الجنسية الطبيعية في الكبر ، إلا انه يصعب تفريق الشعور بالمتعة بين ممارسات الطفولة وممارسات الكبر . ويمكن اعتبار الاستمناء ، وهو عملية يدوية ، امتدادا للعبث الجنسي في الطفولة . وان كان هذا الامتداد أكثر وضوحا وانتشارا وأكثر إبكارا في الأولاد منه في الإناث . فقد أفادت دراسة دويتش وسيجوش على مجموعة كبيرة من المراهقين والمراهقات بين سن 16- 17 من غير المتزوجين ، بأنه في سن الثالثة عشرة وما دون فان 28% من الإناث يمارسن الاستمناء ويرتفع ذلك إلى 39% من سن الرابعة عشرة وما دون و 49% في سن الخامسة عشرة وما دونها ، و 50% في سن السادسة عشرة وما دونها ويقابل ذلك في الذكور61% و 82% و 92%و 93% على التوالي . كما أفادت الدراسة بان معدل الممارسة في الأنثى كانت 4 و 1 مرة في الشهر وان المعدل هو 1 و 5 مرة في الشهر عند الذكور .وبان 25% فقط من الإناث يمارسن الاستمناء بشكل نشط ، مقابل 78% من الذكور . وفي استطلاع كنزي عن هذه الممارسة بين بان 6 من كل 10 من الإناث يمارسن الاستمناء حتى الذروة . وبان ثلث الإناث وهن في سن العشرين يمارسن الاستمناء بينما يمارس العادة 90% من الذكور في هذا السن . وتتفق نتائج شمت وسيجوش مع نتائج كنزي من ان الاستمناء يبدأ في سن

متأخرة في الأنثى بالمقارنة مع الذكر ، وان الأنثى تمارس العادة بتكرار اقل بكثير من الذكر . وقد وجد (كنزي - 1953) ان النساء المتزوجات يمارسن العادة بمعدل مره أو مرتين في الشهر . وقد جلبت هذه الظاهرة اهتمام الباحثين في دوافع الأنثى للاستمناء في الوقت الذي أتيحت لها فيه فرصة العلاقة الجنسية الطبيعية . ويجد الباحثون تفسيرات من جوانب متعددة لهذه الظاهرة .فيرى ماست رز وجونسون بان الاستمناء من الناحية الفيزيولوجية للاستجابة هو أكثر إرضاء للأنثى من الجماع الفعلي ، وانه يخدم غرض تعليم الأنثى في موضوع معرفة العلامات المبكرة للاستجابة الجنسية وللوصول إلى الذروة . ويجد آخرون تعليل هذه الظاهرة بأنها دليل على ان الإثارة اليدوية الذاتية وخاصة للبظر ، هي أكثر الاثارات تحقيقا للاستجابات الجنسية الكاملة بما في ذلك الذروة ، وهكذا فان الأنثى تتجه نحو هذه الإثارة الذاتية ن اما لعدم توافر مصادر الإثارة الأخرى ، أو لفشل هذه المصادر في إثارتها . وهنالك تعليلات نفسية لتفسير إقبال بعض الإناث المتزوجات على هذه الممارسة ، ومن هذه التفسيرات ما جاء به لينج Laing-1959 من ان عملية الاستمناء في النساء تتسم بالانعزال عن الآخرين ن وبانحراف عن الأنماط المقبولة ، مما يعطي الممارسة هالة غير طبيعية من اللاواقعية ويقول : ((ان وعي المستمني لجسده يتعقد من حقيقة ان جسمه قد اغتصب من الفعل الحقيقي إلى المشاركة في موقف خيالي ، والجسد في الاستمناء يستعمل للغرض الواضح وهو الحصول على الرضا عن طريق حذف مشكلة مواجهة التعامل مع مواضيع فعلية ، ويصبح الموضوع (الفعلي) للرغبة مجرد ظل للموضوع الآخر المتخيل وهذه هي مشكلة المستمني : خياله يلقي ظلال عليه)). ويعبر ماست رز عن وجهة نظر مقاربة (1967) ، من ان المستمني أثناء الاستمناء مجبر على اتخاذ منظورات متجزئة متعددة نحو جسده ، فهو في آن واحد المعطي للإثارة والمستلم لها ، وربما في خياله هو شخص آخر جلب إلى هذا الموقف . وهذا يعطي ان الاستمناء يشجع على تفتيت أو تقسيم الهوية الذاتية وتكوين عدة طرق للنظر إلى جسم الفرد . وهذه الملاحظات كلها تطبق على الأنثى كما تطبق على الذكر . وكما ان هنالك دوافع للاستمناء فان هنالك نواهٍ عنه ، وأكثر النساء امتناعا عن هذه الممارسة هن أولئك اللواتي لا يؤمنّ بالحرية الجنسية أو بأهمية الجنس في الحياة .

وممن يؤمن بحياة رتيبة نظيفة في الحياة ، فهؤلاء يعددن الممارسة أمرا قذرا ومخالفا للمثل الدينية ان لم يكن إثما محرما .

ومهما تكن أسباب الاستمناء عند الأنثى ، ما إقبال أو امتناع ، فان هذا الموضوع قد اتخذ أهمية وأبعادا جديدة عندما بدا علماء المعالجة للعطل الجنسي في الأنثى أو في الشريكين الجنسيين معا ، في اللجوء إلى الاستمناء كوسيلة علاجية ، وقد وضع العديدين مناهج تدريبية لتعليم الاستمناء كجزء من الإرشاد الجنسي لحالات العطل الجنسي . ومن هذه المناهج ، وصفة لوبكولوا (1982) Lo Piccolo وكوبلنبرج Koblenberg (1974) وبارباخ Barbach (1975) ، ويدعى أصحاب هذه التقنيات العلاجية الاستمنائية نجاحا في علاج حالات العطل الجنسي بقدر يتراوح بين 80و100 في المائة .

2 -الجنسية المثلية -اللسبية

لقد سبق بيان الجوانب المختلفة من هذه الظاهرة في الفصل الخاص بها ، وقد يكون من المفيد ان نبين هنا بعض الحقائق الإضافية عن الموضوع . فقد أفادت دراسة ايزانك 1976 الاستبيانين المقارنة في بريطانيا بان 2% من الإناث و 3% من الذكور (بين سن 18- 60) يفضلون جنسهم على الجنس الآخر . وبان 4% من كل من الجنسين ينجذبون إلى جنسهم بكثرة . كما أفاد 70% من الإناث و74% من الذكور بان الجنسية المثلية هي شيء طبيعي بالنسبة لبعض الناس . ان الاتجاه العلمي الآن يقضي بضرورة التفريق بين الممارسات الجنسية المثلية وبين الميول الجنسية المثلية ، ويرى الباحثون في هذا الأمر ان مجرد بيان وجود الممارسة لا يفيد شيئا عن اتجاهات الفرد الجنسية المثلية ، فالكثير من الناس لهم ممارسات جنسية عديدة ، أو أحلام وخيالات جنسية مثلية ، ويبدون بعض الانجذاب إلى من هم من جنسهم بدون ان تكون عندهم أية مظاهر للاضطراب في شخصيتهم ، غير ان الفئة المهمة هي تلك الفئة من الإناث أو الذكور الذين لا يتميزون بممارساتهم الجنسية الفعلية بقدر تميزهم بميولهم الجنسية ، فهم لا يستطيعون الحصول على الرضا الجنسي إلا بالعلاقة الجنسية مع من هم من جنسهم ، وهؤلاء يقدرون بحوالي 3% من الإناث (من النساء حتى سن 45) و 8% من الذكور (بين سن المراهقة والكبر) . ومن أهم مظاهر الجنسية المثلية في الأنثى هي ان

الهوية الجنسية هي على العموم هوية أنثوية على الرغم مما يبدو على بعض اللسبيات من السلوك (الاسترجالي) ، كما يلاحظ ان العلاقة اللسبية تبدأ متأخرة عن مثيلتها في الذكور وتستديم مدة أطول ، وتتخذ صفات الرابطة القوية والمخلصة . ومع ان الجنسية المثلية في الإناث تسترعي اهتماما وانتباها اقل من الجنسية المثلية في الذكور ، ومع إنها تدان قانونيا واجتماعيا وأدبيا بحدود واضحة الفرق عن إدانتها في حياة الذكور ، إلا ان لهذا الاتجاه الجنسي ان يسبب مشاكل اجتماعية وزوجية كثيرة ، خاصة وان بعض اللسبيات يتزوجن وينجبن الأطفال .

3 -الانحراف الجنسي عند الأنثى

تنحرف الميول والممارسات الجنسية للأنثى في نفس المجالات والصور التي تنحرف بها هذه الميول والممارسات عند الذكر . وقد ورد بيان ذلك في الفصل الخاص بالانحرافات الجنسية ، ويستفاد من مقارنة الانحرافات الجنسية عند الأنثى بمثلها عند الذكر ، بان نسبة وقوع ما يعتبر انحرافا في الحياة الجنسية للأنثى هو اقل من هذه النسبة عند الذكر . وبعض التعليل لهذا الواقع يكمن في كون الأنثى اقل من الذكر إلحاحا في الممارسة الجنسية الذاتية والفعلية ، وفي كونها أكثر اكتفاء بالحد الأدنى من الإرضاء الجنسي ، وهي لذلك اقل حاجة وسعيا في الكثير من الحالات التي تجاوز هذا الحد الأدنى عن طريق الإرضاء بطرق ووسائل انحرافية ، ثم ان الوضع الاجتماعي التقليدي للأنثى يحتم عليها ان تكون اقل جرأة في ممارسة الانحراف برغبة ذاتية ، وهي لذلك تطاوع الذكر في انحرافه سواء تلاءم ذلك مع ميولها المنحرفة أو لم يتلاءم . وكما هو الحال في الذكر ، فان الانحراف الجنسي سواء تلاءم ذلك مع ميولها المنحرفة أو لم يتلاءم . وكما هو الحال في الذكر. فان الانحراف الجنسي للأنثى يمكن ان يتمثل في تبديل الهدف الجنسي ، ا وان يكون في تبديل الموضوع الجنسي . وينظر المحللون لظاهرة الانحراف في الأنثى كما ينظرون إليها في الذكر ويعللونها على نفس الأسس السببية . والانحرافات في الأنثى كما هي في الذكر ، ليست عازلة بعضها عن بعض ، فقد تعاني الواحدة من أكثر من انحراف في آن واحد . والأنثى كما ذكرنا هي اقل من الذكر تعرضا لهذه الانحرافات ، وبعض هذه الانحرافات تظهر فقط في الذكور وندر ان توجد في الإناث

كالاستعراضية ، والتبصصية (التلصصية) والالباسية في العلاقة الجنسية المغايرة Hetrosexual Transvestism ونحن في تأملنا لقلة الانحرافات الجنسية في الأنثى بالمقارنة مع حدوثها في حياة الذكر نجد ما يوحي بان في الأنثى من (أنوثة) جنسها أكثر مما للذكر من (ذكورة) جنسه . وهي لذلك في ميولها وممارساتها أكثر تطابقا مع هويتها الغالبة بوصفها أنثى ، من الذكر .

مواقف الأنثى من الجنس

الحديث عن مواقف الأنثى من الجنس هو موضوع حديث العهد نسبيا حتى في الحضارة الغربية المعاصرة ، غير انه مع حداثته راح يأخذ أبعادا جديدة والى حد يصعب معه إهمال رأي الأنثى وموقفها من ناحية هي في غاية الأهمية من حياتها . لقد قام الكثيرون في ربع القرن الأخير بأبحاث استطلاعية عديدة في محاولة تحديد مواقف الأنثى من موضوعات جنسية عديدة ومتنوعة ، وما تمكن الباحثون الحصول عليه من معلومات يلقي الكثير من الضوء على الحياة الجنسية للمرأة ، ويساعد على فهم بعض جوانبها ، بما في ذلك النواحي المتعلقة بالشعور والممارسة الجنسية . وللحصول على هذه المعلومات ، يتبين رأي المرأة وسلوكها وشعورها في مواضيع شتى ، كالطريقة التي تحصل فيها الذروة ، وشعورها النفسي والجسدي المصاحب لها ، والتفضيل بين إثارة البظر وإثارة الفرج ، والمداعبة السابقة للجنس وظروف العلاقة الجنسية ، والخيالات والصور الجنسية التي قد تصاحب العمل الجنسي والأحاسيس المختلفة في المناطق الجنسية المختلفة ، وممارسة الاستمناء ن والجنسية المثلية والتنوع الجنسي وانحرافاته ، والجوانب في الشريك الجنسي ، إلى غير ذلك من المواضيع.وقد جرت محاولات جادة لقرن بعض مظاهر السلوك الجنسي بشخصية المرأة وبظروفها الاجتماعية والاقتصادية والثقافية والدينية وغيرها من العوامل التي يمكن لها ان تؤثر في الشعور أو السلوك الجنسي . وإذا أمكن استنتاج مبادئ عامة من هذه الأبحاث فهي تتلخص فيما يلي : (أولا) ان الإناث يختلفن بعضهن عن البعض في حدود واسعة في رغباتهن الجنسية ، وفي نوعية المداعبة الجنسية المقبولة لديهن وفي أوضاع العلاقة الجنسية وفي طرق الإثارة الجنسية . (ثانيا) ان الأنثى في معظم الحالات لا تعلم بهذا التباين بينها وبين غيرها ، وهكذا

فان الفروق القائمة هي فروق أصيلة وغير متعلمة أو ملقنة من الغير . (ثالثا) هنالك تباين واسع بين الإناث في مدى الحاجة للإرضاء الجنسي ، فمن تلك التي لا ترضى إلا بالإلحاح والإكثار من العلاقة الجنسية الفعلية ، إلى تلك التي تجد قناعة ورضا بمجرد القرب والتماس . (رابعا) هنالك اختلاف بين الإناث ليس فقط في الإثارة المفضلة التي تضمن الاستجابة بالذروة ، إنما أيضا في الفترات الزمنية الأكثر إثارة كالدورة الشهرية ، وفترة العادة أو الحمل . وخلاصة هذه الأبحاث حتى الآن هي ان الحياة الجنسية عند الأنثى هي أكثر ارتباطا بشخصيتها وحالتها النفسية وظروفها المتأثرة بعوامل عدة من مثل هذا الارتباط في حياة الذكر وهي لذلك ذات حياة جنسية في غاية الدقة والتعقيد ن وتحتاج إلى فهم أكثر بكثير مما تحتاجه هذه الحياة من الفهم في الذكور . ومع ان الأنثى تكون مصدرا هاما وأساسيا لهذا الفهم ، إلا إنها قد لا تعي في نفسها جميع ما تمر به من تجربة ، ولذلك فلا بد من رصد سلوكها الجنسي من خارج نفسها عن طريق شريكها الجنسي ، وعن طريق الرصد الاختباري للاثنين معا . وهكذا فان للحياة الجنسية للأنثى إبعادا ثلاثة يقتضي الإحاطة بها لأدراك بعض نواحي هذه الحياة . والاكتفاء ببعد واحد فقط ، كالنظر إليها من جانب الأنثى فقط أو من جانب شريكها الجنسي فقط ، كالنظر للأشياء بعين واحدة ، فقط تطل من جانب الأنثى فقط أو من جانب شريكها الجنسي فقط ، كالنظر للأشياء بعين واحدة فقط تطل من جانب واحد ولا ترى كل شيء وهنالك مسالة أخرى هامة بشان الأنثى ، وهي مسالة الزمن ، فبينما الذكور يتصفون بميول وممارسات جنسية تكاد تكون ثابتة المعالم منذ سنوات البلوغ والمراهقة ، إلا ان مثل هذه البوادر لا تتضح في الأنثى في هذه السن المبكرة ، كما إنها حتى عندما تتضح ، فإنها لا تثبت بالضرورة على نمط معين من حيث الرغبة والشعور والإرضاء والممارسة ،ولهذا فان لها ان تتغير في حدود واسعة في حياة الأنثى الواحدة بين حين وأخر ، وبين تجربة وأخرى ، وهو ما لا يحدث كثيرا في حياة الذكر ، وكل هذه الظواهر تجعل الحياة الجنسية للمرأة كالمرأة ذاتها تعصى على الفهم وتتحداه ، وقد يكون في ذلك السر الذي يربط الرجل بالأنثى ويخدم غرض البقاء للإنسان .

ادوار الحياة الجنسية

تمر ادوار الحياة الجنسية للأنثى لمراحل معينة تؤثر في دوافعها الجنسية وفي استجاباتها للحوافز الجنسية ، وهي بذلك أكثر تقلبا في مظاهر حياتها الجنسية من الذكر والذي تأخذ حياته الجنسية نمطا بيانيا ثابت الشكل إلى حد بعيد . والمراحل التي تمر بها الأنثى والتي تؤثر في حياتها الجنسية هي بداية الحيض ، ثم الدورة الشهرية ، والحمل ، والولادة وما بعدها وسن اليأس ، ومرحلة الكبر ، ومع ان لكل مرحلة من هذه المراحل خصائصها العامة فيما يتعلق بالنواحي الجنسية ، إلا ان لكل أنثى خصوصيتها الفردية من هذه النواحي ، سواء تقررت هذه الخصوصية بعوامل وظروف حياتها الجنسية . وفيما يلي خلاصة مختصرة لطبيعة وخصائص المراحل الجنسية المتوالية في حياة الأنثى :

1- الحيض الأول Menarche

الحيض الأول ، هو مرحلة هامة ونقطة انعطاف أساسية في حياة الأنثى وهو يؤذن بانتقال الأنثى من مرحلة الطفولة والحداثة إلى مرحلة البلوغ والأنوثة ، مع ما يصاحب ذلك من تغييرا جسمية وهرمونية تتناسب مع هذه المرحلة الجديدة . ان معدل عمر الفتاة عند أول حيض لها يتفاوت بين فتاة وأخرى ، كما يتفاوت تبعا لمؤثرات اجتماعية وحضارية مختلفة ، ويتراوح المعدل بين (8 -13) سنة . ويقع بين (11 -12) سنة في الحضارات الغربية ، واقل من ذلك بسنة أو أكثر في البلدان الشرقية والحارة . ومن الفروق الهامة بين بلوغ الفتى وبلوغ الفتاة ان بلوغ الفتى يصاحبه فورة جنسية ، مع مقدرة الفتى على إنزال المني ، إضافة إلى اتجاه الفتى البالغ إلى إرضاء دوافعه الجنسية بالاستمناء عادة . اما الأنثى فان حيضها الأول لا يصاحبه دوافع جنسية ، كما ان الفتاة تظل لمدة عام أو عامين في الأقل عاجزة عن تكوين وإنزال البويضات أثناء الدورة الشهرية ، وهي لا تسعى إلى إثارة أو إرضاء نفسها جنسيا بالاستمناء كما يفعل الفتى البالغ .

2- الدورة الشهرية Menstrual Cycle

تبدأ مرحلة الدورات الشهرية بما تتضمنه من فترة الحيض ، بالحيض الأول Menarche ، وتستمر هذه الدورات لمدة (30- 40) سنة بعد ذلك وحتى توقف الدورة عند بلوغ الأنثى سن اليأس . وترتبط الحياة الجنسية للأنثى إلى حد كبير بما يجري خلال هذه الدورة من تغيرات بيولوجية وفيزيولوجية ، وهي التغيرات التي تنظمها وتسيطر عليها مراكز خاصة في الدماغ ، أهمها يقع في نواة الهايبوثالموس ، وهي نواة لها أهميتها في السيطرة على الانفعالات العاطفية.

ان الدورة الشهرية للأنثى تستغرق فترة معدلها (28- 29) يوما ، ويعد اليوم الأول لبداية الحيض بداية لهذه الدورة ، ويستمر الحيض مدة تتراوح بين ثلاثة إلى سبعة أيام . وهي مدة تختلف بين أنثى وأخرى ، غير إنها تكاد تكون ثابتة بالنسبة للأنثى المعينة . وتقسم الدورة من الناحية البيولوجية إلى ادوار ثلاثة : الدور السابق للتبييض ، ودور التبييض والدور التالي للتبييض . ويقع دور التبييض في منتصف الدورة الشهرية تقريبا . وتلاحظ مع هذه التغيرات أثناء الدورة بعض المظاهرة من التغير في الدوافع والاستجابات الجنسية وهي مظاهر مشتركة في الإناث ، إلا إنها تختلف أيضا بين أنثى وأخرى تبعا لمؤثرات ومقررات فردية . وعلى العموم فان أيام الحيض تتسم بهبوط كبير من الرغبة والاستجابة الجنسية وقد يكون ذلك مسببا عن مؤثرات هرمونية ، غير انه يتقرر أيضا والى حد كبير باعتبارات نفسية بالنظر إلى ما يمثله الحيض بالنسبة لكل من الذكر والأنثى من انه حالة غير نظيفة ، وان الأنثى في هذه الحالة يجب ان يتجنب معاشرتها ، وحتى ملامستها في بعض الحضارات . وهنالك بعض الإناث اللواتي على عكس معظم الإناث ، فإنهن يشعرن بإذكاء الرغبة والاستجابة الجنسية أثناء الحيض ، ويفسر ذلك على ان الحيض يرمز لهن ليس للأنوثة فقط ، وإنما لفض البكارة وما يصاحبها من نزف وبذلك الدخول إلى عالم المرأة . وقد تبين من بعض الأبحاث ، ان الدافع الجنسي يتزايد تدريجيا خلال النصف الأول من الدورة الشهرية ويبلغ أقصاه في منتصف هذه الدورة ثم يتناقص الدافع تدريجيا في النصف الثاني من الدورة . وهنالك على العكس دراسات أخرى تبين ان الدافع الجنسي

يزداد في بداية الدورة (بعد الحيض) ، أو في نهاية الدورة وقبيل حدوث الحيض مباشرة . ويفسر ذلك على انه نتيجة للإثارة وسرعة الاستجابة التي تحدث بسبب احتقان أعضاء الحوض ، وهو الاحتقان الذي يزداد في هذه الفترة . وهذا التضارب من البيانات يدلل على وجود فروق فردية بين الإناث خلال الدورة الشهرية .

3- فترة الحمل

ان الحمل في حد ذاته لا يكون عائقا لنشاط المرأة الحامل . والواقع هو ان التغيرات الفيزيولوجية التي تحدث أثناء الحمل في أعضائها الجنسية يمكن جعلها درجة من درجات الاستثارة الجنسية ، ولهذا فان من الطبيعي ان تتوقع زيادة في استجابات المرأة أثناء الحمل وفي الفترة التالية له . ومما يلاحظ في شان العلاقة بين الجنس والحمل ، هو ان بعض الإناث لا يحصلن على ذروتهن إلا عندما يصبحن حاملات لأول مرة ، ويفسر ذلك كله على ان المراه الحامل ، وخاصة في الثلث الأخير من الحمل ، تتمتع بدرجة عالية من احتقان أعضاء الحوض مما يزيد في إمكانياتها للاستثارة أو الاستجابة الجنسية . ومن شان توالي الحمل للأنثى ان يؤدي إلى قيام حالة دائمية من الارتفاع في نشاطها الجنسي وفي سرعة استجاباتها للاثارات الجنسية . وفي دراسة لماسترز وجونسون أفادت 82 امرأة من مجموع 101 ، بأنهن لاحظن زيادة في الدافع والفعالية الجنسية أثناء الثلث الأخير من فترة الحمل . وفي دراسة أخرى أفادت ست حوامل بزيادة الدافع والاستجابة الجنسية أثناء الحمل ،كما أفادت امرأتان بأنهما تحسستا بعدة ذروات أثناء الحمل ولأول مرة . وتفيد معظم الدراسات بان هنالك هبوطا ملحوظا في الدافع والاستجابة الجنسية بعد الولادة. وبان هذا الهبوط يستغرق ثلاثة أشهر قبل ان يعود إلى مستواه السابق قبل الحمل ، وقد لا يعود النشاط الجنسي إلى مستواه السابق أبدا ، وذلك نتيجة للإثارة السلبية الفيزيولوجية والعاطفية التي يمكن ان تصاب بها بعض النساء . غير ان هنالك بعض النساء اللاتي يشعرن على عكس ذلك بزيادة في الدافع الجنسي بعد فترة الولادة وقد يكون لاحتقان الأعضاء والأنسجة الحوضية فعل في هذه الزيادة . هذا ولا بد لنا من ان نأخذ بعين الاعتبار في بحث العلاقة بين الجنس والحمل من ان إقبال الأنثى الحامل على العلاقة الجنسية له ان يتقيد كثيرا بمخاوفها من ان العلاقة الجنسية يمكن لها اما ان تسبب الإجهاض

أو ان تؤدي إلى الإضرار بالطفل . وهنالك أيضا التأثير الناهي عن الجنس الذي يمكن ان يحدث للمرأة الحامل إذا كان حملها غير مرغوب فيه لسبب أو أخر . وعلى العموم فانه يحسن بالمرأة الحامل تجنب العلاقة الجنسية التامة في الفترة الأخيرة من الحمل وتجنب الإثارة الجنسية مهما كانت ، ذلك لان الرحم في هذه المرحلة شديد الحساسية ، وله ان ينقبض بشدة مما قد يؤدي إلى النزيف أو الإجهاض .

4- الجنس وسن اليأس Menapause

سن اليأس مصطلح يتحدد بالأنثى ، وهو ينوه بتوقف الحيض ، وبما يمكن ان يصاحبه من شعور الأنثى باليأس من إمكانية الحمل والإنجاب للأولاد ، ولا علاقة لهذا السن بإمكانيات المرأة ونشاطها الجنسي . ويتراوح سن اليأس في الأنثى بين الخامسة والأربعين والخمسين من العمر ، وله ان يبدأ قبل الحد الأدنى أو بعد الحد الأعلى لهذا السن . والذي يحدث في هذا السن هو هبوط في هرمونات المبيضين ، وتوقف العادة ، وتوقف المقدرة على الإنجاب ويصاحب ذلك عادة بعض التغيرات الجسمية والنفسية ، غير ان هذه التغيرات لا تشمل حياتها الجنسية .وقد أفادت معظم البحوث بان الأنثى بعد سن اليأس تتمتع بنشاط جنسي لا يمكن تفريقه عن نشاطها قبيل ذلك السن ما دامت تتمتع بصحة جسمية ونفسية طبيعية . وهنالك على العكس ما يؤيد ان الحياة الجنسية لبعض النساء تزداد نشاطا ومتعة عند بلوغ سن اليأس ويرد ذلك إلى زوال الخوف من الحمل ومسؤولية الإنجاب ومسؤولية استعمال موانع الحمل وآثارها الجانبية الممكنة . وقد يجد الباحث في هذه الظاهرة ان بعض هذا النشاط الزائد والطارئ بمثابة محاولة للتعويض عن أي تنويه بان المرأة قد خسرت شيئا من أنوثتها بسبب بلوغها هذا السن . ومعظم الإناث يصيبهن تحول في أغشية الفرج بسبب نقص الاستروجين مما يؤدي إلى ترقيق وضمور الفرج وصعوبة ترطيبه مما يجعل العلاقة الجنسية مؤلمة للمرأة بعد سن اليأس ، غير ان هذه النتيجة قد تقل كثيرا إذا ما واصلت الأنثى علاقاتها الجنسية بصورة منتظمة بعد وصولها إلى هذا السن .

5- الجنس والكبر

سن الكبر بالنسبة للأنثى كما هو الحال في الذكر يبدأ بتجاوز سن الخامسة والستين ، وان كان هذا السن يختلف بين مجتمع وأخر ، وهو على كل حال سن افتراضي لا يمثل بالضرورة أي تحول جذري لا من الناحية الصحية النفسية أو الجسمية ، ولا من الناحية الجنسية ، وخاصة بالنسبة للأنثى . ويستخلص من الملاحظات في هذا الشأن ان المرأة في حياتها الجنسية لا تتأثر بما يتأثر به الرجل في الكبر من مظاهر العنة ، وهي على العموم تحافظ على قدر كبير من نشاطها الجنسي إلى السبعينات وحتى الثمانينات من العمر .

المؤلف في سطور

الاسم: أريان عبد الوهاب قادر باجلان

أ. التحصيل الدراسي:

1. معهد إعداد المعلمين في الانبار (1997 - 2001)
2. بكالوريوس رياضيات / كلية التربية - جامعة الانبار (2002 - 2006)
3. ماجستير علوم تربوية / الاكاديمية العليا للدراسات العلمية والانسانية – الانبار (2007- 2008)

ب. التخصص الدقيق

1 . علم النفس والإرشاد التربوي

ت .الخبرات من الاحدث الى الاقدم

1. رئيس فرع الانبار لجمعية الهلال الأحمر العراقي
2. مستشار رئيس الهيئة العليا لإدارة الهلال الأحمر العراقي
3. رئيس قسم العلاقات الدولية للمقر العام لجمعية الهلال الأحمر العراقي
4. مدير قسم تكنولوجيا المعلومات للمقر العام جمعية الهلال الأحمر العراقي
5. رئيس قسم الشباب (وكالة)
6. منسق قسم إدارة الكوارث/الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الاحمر والهلال الاحمر .
7. مدرب التهيؤ للكوارث والاسعاف الفوري / لجمعية الهلال الأحمر العراقي .
8. عضو منسقي الشبكة الاقليمية لأدارة الكوارث / في المنظمة العربية لجمعيات الهلال الاحمر في قطر.
9. مدرس في ثانوية التحرير للبنين في محافظة الانبار .
10. مدرس في إعدادية الصناعة المهنية في الانبار .

ث .تجربة العمل المحترفة السابقة

1. مدرس في مادة الرياضيات لمدة سبع سنوات متتالية في التعليم الثانوي .
2. رئيس فرع الانبار للهلال الأحمر العراقي لمدة ست سنوات متتالية .
3. مدرب في شركة الراوي للحاسبات في برامج المساعدة وأنظمة التشتغيل في الكومبيوتر .
4. مدرب برامج الإسعافات الأولية ولمدة عشرة دورات متتالية .

ج .الدورات التدريبة

1. دورة تدريب الاسعاف الاولي المجتمعي / جمعية الهلال الاحمر العراقي
2. دورة أعداد مدربين الاسعاف الاولي المجتمعي / جمعية الهلال الاحمر العراقي
3. دورة أعداد مدربين الاسعاف الاولي المجتمعي / جمعية الهلال الاحمر العراقي (محاضر)
4. دورات التهيؤ للكوارث / جمعية الهلال الاحمر العراقي (محاضر)
5. دورةادارة الكوارث / ايران - طهران 2003
6. دورة الدعم النفسي / الاتحاد الدولي / عمان - الاردن
7. دورة تقييم القدرات والاحتياج في المجتمع / بغداد (محاضر)
8. دورة تقييم القدرات والاحتياج في المجتمع / بغداد (مدرب)
9. دورة قانون ادارة الخدمة المدنية
10. دورة في الادارةالمالية واعداد التقاريرالمالية وادارة المشاريع (الاتحاد الدولي -الشرق الاوسط وشمال افريقيا) الاردن
11. دورة نظم الحاسوب والانترنت في الاتحاد الدولي / سويسرا – جنيفا / 2005
12. دورة التدريب الاساسية للمبعوثين الدوليين / الاتحاد الدولي – اللجنة الدولية / طهران 2005
13. دورة اعداد ميزانيات المشاريع (الاتحاد الدولي / عمان)
14. دورة اسفير (المعايير الدنيا في الكوارث) الاتحاد الدولي
15. دورة التقييم السريع للضرراثناء حالات الكوارث والطوارئ في المجتمع / عمان (محاضر)
16. دورة نظم الحاسبات الحديثة في منظمة IRD الأمريكية .
17. دورة نظم الحاسبات الحديثة في مركز الأبحاث الدولي في عمان .

ح. المشاركات الدولية

1. مؤتمر الإغاثة الإنسانية عنوان الجمعيات الوطنية المقام في قطر لمنظمة الهلال الاحمر العربي.
2. مؤتمر منظمات حقوق الإنسان العراقي في محافظة الانبار .
3. مؤتمر المانحيين / الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب والهلال الاحمر / تركيا
4. مؤتمر مدراء برامج ادارة الكوارث والاغاثة للجمعيات الوطنية / الاتحاد الدولي لجمعيات الصيب والهلال الاحمر / طهران

خ.المهارات

اللغات

العربية : لغة الام

الانكليزية: (محادثة / كتابة (متوسط المستوى)

التركية : (محادثة)

الكردية : (محادثة / كتابة)

مهارات الكومبيوتر

1. **برنامج word**
2. **برنامج excel**
3. **برنامجLotus**
4. **انترنيت**

المحتويات

الموضوع الصفحة

الفصل الثامن

الفصل التاسع

الفصل العاشر

الفصل الحادي عشر

الفصل الثاني عشر